Приватъ-Доцентъ С. А. Сухановъ,
Ассистентъ Московской Психіатрической Клиники.

СЕМІОТИКА И ДІАГНОСТИКА ДУШЕВНЫХЪ БОЛѢЗНЕЙ

(въ связи съ уходомъ за больными и лѣченіемъ ихъ).

Часть II.

Корсаковскій психозъ.— Навязчивыя психическія состоянія.— Циркулярный психозъ).

МОСКВА
ТОВАРИЩЕСТВО ТИПОГРАФІИ А. И. МАМОНТОВА
ЛЕОНТЬЕВСКІЙ ПЕР., Д. № 5
1905

ГЛАВА ПЕРВАЯ.

Корсаковскій психозъ.

Опредѣленіе болѣзни.—Тождественныя названія: Корсаковскій психозъ, полиневритическій психозъ, cerebropathia psychica toxaemica.—Амнезія по отношенію къ текущимъ и недавнимъ событіямъ: живость психики.—Ложныя воспоминанія, конфабуляціи.—Легкіе случаи Корсаковскаго психоза.—Тяжелые случаи Корсаковскаго психоза.—Признаки множественнаго пораженія периферическихъ нервовъ.

Связанная съ именемъ покойнаго профессора С. С. Корсакова душевная болѣзнь относится къ разряду органическихъ психозовъ; для нея характерно своеобразное сочетаніе физическихъ и психическихъ симптомовъ; физическія явленія при Корсаковскомъ психозѣ сводятся къ невритическимъ признакамъ, а психическія выражаются въ ослабленіи памяти, касающемся главнымъ образомъ текущихъ и недавнихъ событій, и въ ложныхъ воспоминаніяхъ или псейдоремнисценціяхъ. Больной, страдающій Корсаковскимъ психозомъ, сохраняетъ извѣстную степень живости ума, не соотвѣтствующую во всякомъ случаѣ ослабленію памяти, которая оказывается здѣсь пораженной до нѣкоторой степени избирательнымъ образомъ. Такъ какъ при Корсаковскомъ психозѣ, какъ мы только-что указали, существуетъ пораженіе периферическихъ нервовъ, то мы будемъ употреблять также и терминъ „полиневритическій психозъ“; иногда-же будемъ пользоваться и тождественнымъ названіемъ, употреблявшимся С. С. Корсаковымъ, „cerebropathia psychica toxaemica“. Переходимъ теперь къ описанію клинической картины психическаго разстройства при Корса-

ковскомъ психозѣ. При разспросѣ такого больного, при разговорѣ съ нимъ бросается въ глаза прежде всего большая его забывчивость. Вы спрашиваете у него, какой сегодня день, число, мѣсяцъ, и оказывается, что онъ не знаетъ этого и при этомъ оправдывается нерѣдко тѣмъ, что все это его не интересуетъ, что знать это ему не зачѣмъ, что онъ не смотрѣлъ сегодня на календарь и т. д. Если спросить у больного, какой теперь годъ, то и здѣсь онъ можетъ ошибиться. Задавая вопросъ больному о томъ, давно ли онъ дожидается васъ, какъ пріѣхалъ къ вамъ, съ кѣмъ, гдѣ былъ передъ этимъ, вы легко убѣдитесь въ томъ, что больной объ этомъ забылъ; иногда онъ скажетъ вамъ, что не помнитъ совсѣмъ объ этомъ, или даетъ уклончивый отвѣтъ; иногда же больной на всѣ предлагаемые вопросы отвѣчаетъ, не стѣсняясь тѣмъ, что онъ не помнитъ почти ничего изъ текущихъ событій, и разсказываетъ небылицы. Разстройство памяти сказывается у больного не только въ забывчивости по отношенію ко времени, но также и по отношенію къ мѣсту; догадываясь и чувствуя, что онъ имѣетъ дѣло съ врачемъ или пріѣхалъ въ больницу, больной не въ состояніи часто опредѣлить, въ какую больницу его привезли, гдѣ находится эта больница; иногда затрудняется въ опредѣленіи города, гдѣ онъ находится. Что касается окружающихъ его лицъ, то при разспросѣ обнаруживается, что всѣхъ хорошо и болѣе или менѣе давно ему знакомыхъ лицъ больной узнаетъ, правильно къ нимъ относится, вѣрно называетъ по именамъ и т. д.; что касается лицъ, ему незнакомыхъ, такихъ, которыхъ онъ видитъ въ первый разъ, то больной иногда скажетъ, что съ ними онъ никогда и нигдѣ не встрѣчался; иногда при видѣ нѣкоторыхъ незнакомыхъ ему прежде лицъ у больного возникаетъ опредѣленное представленіе о томъ, что онъ съ ними уже видѣлся; при чемъ больной можетъ увѣренно и безъ колебанія сказать, что это такой-то, что звать его такъ-то, и разсказать, какъ, гдѣ и когда онъ встрѣчался съ даннымъ человѣкомъ и при какихъ условіяхъ. Подобное смѣшеніе незнакомыхъ лицъ съ прежними знакомы-

ми у больныхъ, страдающихъ Корсаковскимъ психозомъ, встрѣчается нерѣдко. Бросается въ глаза то обстоятельство, что, признавая данное лицо за своего знакомаго, больной вовсе не смущается тѣмъ, что этотъ знакомый находится въ такой обстановкѣ и при такихъ условіяхъ, при которыхъ ему не зачѣмъ быть. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ забывчивость у больного бываетъ поразительная; онъ, напр., забываетъ весьма быстро то, что было только-что; онъ забываетъ то, что самъ только-что говорилъ; изъ его памяти почти сейчасъ же исчезаетъ то, что ему только-что сказали; напившись чаю, пообѣдавши, онъ не помнитъ затѣмъ даже, что все это уже было; неудивительно, что онъ не въ состояніи сказать, что именно только-что подавалось за столомъ. Иногда больной, при разспросѣ, напр., о томъ, давно ли онъ обѣдалъ, скажетъ „не помню" и добавитъ, что онъ чувствуетъ по наполненію живота и по отсутствію аппетита, что это было недавно, должно-быть. Если вы желаете опредѣленнѣе, точнѣе и разнообразнѣе констатировать слабость памяти у больного, то попросите запомнить его, какой теперь день, число, мѣсяцъ и годъ, и вы убѣдитесь, что больной вскорѣ-же забылъ уже все это. Попробуйте снова сказать ему то же самое, и опять можетъ оказаться, что и опять больной забылъ. То же самое вы встрѣтите, если попросите больного запомнить, какъ васъ звать; предложите ему посмотрѣть какую-нибудь книгу или газету и потомъ спросите у него, что именно ему вы только показывали, и обнаружится, что онъ объ этомъ уже забылъ; больной можетъ забыть не только названіе книги или газеты, которыя вы ему показывали, онъ можетъ забыть и о самомъ фактѣ этомъ.

Продолжая разспрашивать и изслѣдовать больного, вы легко можете убѣдиться въ томъ, что онъ забываетъ текущія событія и факты, плохо оріентируется въ недавнихъ и недурно, а иногда и прямо хорошо, помнитъ то, что было давно. Интересно, что больной, который не можетъ запомнить, несмотря на неоднократное напоминаніе, день, число, мѣсяцъ, точно и ясно знаетъ, когда онъ родился, въ какомъ году, въ какомъ мѣ-

сяцѣ, котораго числа, кто были его родители, какъ онъ провелъ свое дѣтство, гдѣ учился, кто были его учителя, какъ ихъ звать и т. д., и т. д. Эта разница въ состоянии памяти по отношенію къ текущимъ и давнимъ событіямъ при полиневритическомъ или Корсаковскомъ психозѣ является однимъ изъ весьма характерныхъ симптомовъ для данной болѣзни, но не исключительно свойственнымъ этой послѣдней. Для Корсаковскаго психоза характернымъ является этотъ симптомокомплексъ въ сочетаніи съ сохраненіемъ прежней, основной личности больного, въ сочетаніи съ извѣстною живостью ума, при отсутствіи рѣзкаго слабоумія, при отсутствіи нравственной тупости. Когда вы имѣете дѣло съ больнымъ, страдающимъ полиневритическимъ психозомъ, васъ поражаетъ его благодушіе, незлобивость, добродушное отношеніе къ окружающимъ; больной имѣетъ наклонность шутить, шутливо относится къ своему положенію и смѣется вмѣстѣ съ вами, когда вы поправляете его ошибки относительно дня, числа мѣсяца и пр.; онъ не сердится, когда обращаютъ его вниманіе на то, что онъ ошибся въ своихъ воспоминаніяхъ о текущемъ и недавнемъ; иногда самъ удивляется и сознается, что у него дѣйствительно плохая память. Поведеніе больного соотвѣтствуетъ въ общемъ его благодушному и незлобивому настроенію; если онъ и остается чѣмъ - нибудь недоволенъ и поворчитъ немного, то скоро успокоивается и снова приходитъ въ хорошее настроеніе. При разговорѣ съ врачемъ больной становится нѣсколько активнѣе и живѣе, чѣмъ тогда, когда остается одинъ. Подъ вліяніемъ новыхъ впечатлѣній, подъ вліяніемъ разговора, онъ оживляется, у него является наклонность что-нибудь разсказать и помимо разспроса. Въ этомъ случаѣ обыкновенно бываетъ такъ, что больной, разсказавши о чемъ-нибудь, забываетъ, что онъ объ этомъ уже говорилъ; и вотъ онъ снова начинаетъ разсказывать то-же самое, иногда въ однихъ и тѣхъ же выраженіяхъ; спустя короткое время онъ и объ этомъ забываетъ и опять повѣствуетъ о томъ же. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, главнымъ образомъ подъ вліяніемъ разспроса, больной,

страдающій полиневритическимъ психозомъ, разсказываетъ разныя небылицы, гдѣ возможное и имѣвшее мѣсто въ дѣйствительности можетъ переплетаться и перепутываться съ тѣмъ, чего на самомъ дѣлѣ не было и чего быть не можетъ; нерѣдко къ этимъ конфабуляціямъ присоединяется фантастическій или сказочный элементъ. Что касается характера ложныхъ воспоминаній, то содержаніе ихъ, конечно, бываетъ весьма различное, что̀ зависитъ отъ личности больного, его интересовъ, привычекъ, образа жизни; наприм., если полиневритическій психозъ развивается у человѣка, злоупотреблявшаго спиртными напитками, то такой больной обыкновенно начнетъ разсказывать о томъ, какъ и гдѣ онъ выпивалъ, въ какой компаніи, въ какомъ ресторанѣ и пр. Иногда содержаніе конфабуляцій, обнаруживаемыхъ больнымъ, оставаясь по существу однимъ и тѣмъ же, представляетъ лишь небольшія уклоненія въ своихъ варіаціяхъ; разсказывая о томъ, чего не было на самомъ дѣлѣ, больной иногда добавляетъ новыя подробности, новыя детали; нужно, впрочемъ, замѣтить, что больной можетъ и забыть какую-либо изъ своихъ вымышленныхъ исторій; дѣйствительно, нѣкоторыя изъ нихъ скоро забываются больнымъ, другія же оказываются болѣе стойкими и повторяются больнымъ весьма стереотипно; иногда въ нихъ проглядываютъ бредовыя идеи болѣе или менѣе стойкія, но объ этомъ последнемъ рѣчь будетъ нѣсколько ниже.

Говоря о психическихъ симптомахъ при Корсаковской болѣзни, я имѣлъ въ виду лишь случаи типическіе, средней интенсивности. Теперь умѣстно будетъ сказать отдѣльно и о случаяхъ легкихъ, а затѣмъ о случаяхъ болѣе тяжелыхъ, особенно осложненныхъ какою-нибудь физическою болѣзнью.

Въ *легкихъ случаяхъ* Корсаковскаго психоза наблюдается лишь простая амнезія, безъ ложныхъ воспоминаній; здѣсь, конечно, труднѣе констатировать такъ быстро ослабленіе памяти; здѣсь иногда самъ больной, понимая, что онъ имѣетъ дѣло съ врачемъ, и считая констатированіе болѣзни для себя невыгоднымъ, можетъ стараться такъ или иначе скрывать свою

слабость памяти. Въ такихъ случаяхъ больному нельзя сразу и опредѣленно предлагать вопросовъ о томъ, помнитъ ли онъ, какой сегодня день, число и мѣсяцъ; нужно щадить самолюбіе больного и не огорчать его лишній разъ грубымъ подчеркиваніемъ того, что у него слабая память; да и больной, воспользовавшись тѣмъ, что ему можно обидѣться на ваши разспросы о состояніи его памяти, поставитъ васъ въ такое положеніе, что объективное и спокойное изслѣдованіе больного станетъ для васъ неудобнымъ. Поэтому, если вы имѣете дѣло съ легкой формой Корсаковскаго психоза, слѣдуетъ начать разговоръ съ больнымъ объ его физическомъ состояніи, объ его здоровьѣ вообще, объ его прежнемъ здоровьѣ и пр.; къ изслѣдованію же настоящаго психическаго состоянія лучше приступать тогда, когда больной нѣсколько освоится съ вами. Предлагая больному разсказать вамъ, какъ онъ заболѣлъ, вы легко замѣтите, что онъ избѣгаетъ точно опредѣлять время, когда что было въ теченіе его болѣзни. Можно спросить больного осторожно и деликатно, не замѣчаетъ ли онъ, что память его стала, можетъ-быть, слабѣе, чѣмъ была прежде. Иногда больной прямо скажетъ, что память у него стала хуже, но иногда онъ будетъ стараться отрицать это. Спрашивая больного, далѣе, не замѣчаетъ ли онъ, что иной разъ онъ забываетъ день или число, можно получить отъ него отвѣтъ, что и прежде на дни и числа онъ не обращалъ особеннаго вниманія или что теперь онъ этимъ не интересуется; уже такая манера отвѣчать на предложенный вопросъ говоритъ за то, что у больного память по отношенію къ текущимъ сообщеніямъ ослаблена. Иногда, при разспросѣ о томъ, какова у него память, больной отвѣтитъ, что онъ хорошо помнитъ даже и то, что было давно; и такое утвержденіе съ его стороны будетъ вполнѣ правильнымъ, такъ какъ онъ дѣйствительно помнитъ хорошо то, что было давно, забывая или плохо вспоминая то, что было только-что или что было недавно.

Въ болѣе *тяжелыхъ случаяхъ* Корсаковскаго психоза, обыкновенно осложненныхъ какою-либо тяжелою физическою бо-

лѣзнью, напр., туберкулезомъ, кромѣ разстройства памяти и симптомокомплекса ложныхъ воспоминаній, наблюдается съ внѣшней стороны картина спутанности, безсвязности: при этомъ больной говоритъ малопослѣдовательно, невсегда понятно; рѣчь его носитъ иногда рѣзко выраженный отрывочный характеръ; поведеніе больного будетъ неправильнымъ; разговаривая съ вами, онъ вдругъ можетъ начать собираться уходить куда-то; иногда онъ что-то неясно пробормочетъ про себя, не будучи въ состояніи повторить то, что онъ сказалъ, такъ какъ онъ забылъ уже объ этомъ. Говоря о томъ, что у больныхъ, страдающихъ тяжелою формою полиневритическаго психоза, наблюдаются симптомы спутанности, я хотѣлъ бы этимъ указать, что эти симптомы не являются начальнымъ педіодомъ болѣзни, встрѣчаются не только тогда, когда болѣзнь начинается, но остаются и тогда, когда болѣзнь перешла въ стойкое состояніе.

Нужно замѣтить, что Корсаковскій психозъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ начинается съ явленій, напоминающихъ спутанность; но затѣмъ эти явленія сглаживаются и остается стойкая и однообразная картина забывчивости или забывчивости въ сочетаніи съ ложными воспоминаніями; но объ этомъ будетъ рѣчь ниже, когда мы будемъ говорить о томъ, какъ начинается и какъ протекаетъ Корсаковскій психозъ. Какъ было указано выше, для Корсаковскаго психоза характерно сочетаніе своеобразныхъ психическихъ признаковъ, о которыхъ была рѣчь выше, и физическихъ симптомовъ. Эти послѣдніе выражаются въ формѣ множественнаго пораженія нервныхъ стволовъ, въ формѣ полиневрита; у больного развиваются боли въ конечностяхъ, болѣзненность нервныхъ стволовъ по ихъ протяженію при надавливаніи, различнаго рода парэстезіи, анэстезіи, слабость въ ногахъ и въ рукахъ, доходящая до рѣзко выраженнаго паралича конечностей; приэтомъ нижнія конечности поражаются при Корсаковскомъ психозѣ всегда больше, чѣмъ верхнія; части, болѣе удаленныя отъ туловища, какъ-то стопы и кисти, также всегда больше поражаются, чѣмъ голени и предплечія, чѣмъ области бедеръ и плечевыхъ костей. Въ на-

чалѣ болѣзни наблюдаются нерѣдко параличи той или другой мышцы глазъ, а также опущенiе верхняго вѣка, обыкновенно двухстороннее, хотя и рѣзче выраженное съ одной какой-либо стороны. При болѣе глубокихъ степеняхъ пораженiя периферическихъ нервовъ могутъ быть и контрактуры въ конечностяхъ особенно въ ногахъ, и атрофiи, и измѣненiе электровозбудимости и пр., и неправильное положенiе конечностей. Однимъ изъ частыхъ физическихъ признаковъ при Корсаковскомъ психозѣ бываетъ отсутствiе колѣнныхъ рефлексовъ.

ГЛАВА ВТОРАЯ.

О собираніи анамнестическихъ свѣдѣній. — Полиневритическій психозъ алкогольнаго происхожденія.—Самоотравленіе организма.—Рвота въ началѣ болѣзни; измѣненіе цвѣта мочи.—Признаки растерянности въ начальномъ періодѣ.—Острый періодъ болѣзни.—Обманы со стороны органовъ чувствъ (зрительныя галлюцинаціи, главн. обр.) алкогольнаго характера.—Бѣлогорячечный синдромъ —Хроническій алкоголизмъ, какъ самая частая причина Корсаковскаго психоза. —Случаи Корсаковскаго психоза въ связи съ тифозною горячкой, съ желтухой, съ септикопэміей.

Познакомившись въ общихъ чертахъ съ клинической картиною Корсаковскаго психоза, переходимъ теперь къ разсмотрѣнію того, какъ составлять анамнезъ при данной болѣзни, на что обращать вниманіе при разспросѣ окружающихъ и родныхъ, какъ опредѣлить начало болѣзни. Различные случаи полиневритическаго психоза, представляя иногда поразительное сходство въ то время, когда болѣзнь перешла въ длительное и однообразное состояніе, отличаются нѣсколько другъ отъ друга въ начальномъ періодѣ; это отчасти, если не главнымъ образомъ, обусловливается различіемъ этіологическихъ моментовъ, вызывающихъ данную болѣзнь. Такъ какъ одною изъ самыхъ частыхъ причинъ развитія Корсаковскаго психоза является хроническій алкоголизмъ, то мы позволяемъ себѣ подробнѣе остановиться на разсмотрѣніи полиневритическаго психоза алкогольнаго происхожденія. Для того, чтобы развилась у даннаго индивидуума болѣзнь, о которой сейчасъ идетъ рѣчь, необходимо, чтобы онъ злоупотреблялъ спиртными напитками болѣе или менѣе продолжительное время, чтобы въ организмѣ его образовалось перенасыщеніе продуктами алко-

гольнаго отравленія. Бѣлая горячка у алкоголика есть лишь выраженіе остраго скоропреходящаго отравленія алкоголемъ, есть лишь результатъ вліянія этого яда на нервные элементы; Корсаковскій же психозъ алкогольнаго происхожденія зависитъ, повидимому, отъ недостаточной функція железъ, нейтрализующихъ или парализующихъ вредные продукты обмѣна веществъ; если отправленіе этихъ полезнѣйшихъ и необходимѣйшихъ для организма железъ будетъ нарушено, то послѣдній не въ состояніи будетъ освобождаться отъ ядовитыхъ продуктовъ обмѣна веществъ,—ядовитыхъ продуктовъ, въ такомъ изобиліи развивающихся у алкоголика. Если при бѣлой горячкѣ мы имѣемъ дѣло съ интоксикаціей, то при Корсаковскомъ психозѣ можно говорить объ аутоинтоксикаціи, о самоотравленіи; интоксикація здѣсь является болѣе легкимъ страданіемъ, чѣмъ аутоинтоксикація. При собираніи анамнестическихъ свѣдѣній о больномъ, страдающимъ Корсаковскимъ психозомъ алкогольнаго происхожденія, слѣдуетъ, думается мнѣ, имѣть въ виду только-что указанное и стараться прежде всего, при опредѣленіи начала болѣзни, опредѣлить, гдѣ была только алкогольная интоксикація и гдѣ началась аутоинтоксикація. Понятно само собою, что при составленіи объективнаго анамнеза при Корсаковскомъ психозѣ, помимо обычныхъ свѣдѣній при всякомъ анамнезѣ, слѣдуетъ подробно разспросить о томъ, когда началъ пить больной, съ какого возраста, какъ пилъ вначалѣ, какъ пилъ потомъ, что пилъ, какіе именно спиртные напитки онъ употреблялъ. Какъ показываетъ наблюденіе, Корсаковскій психозъ алкогольнаго происхожденія весьма рѣдко встрѣчается у молодыхъ субъектовъ; чаще всего онъ бываетъ у лицъ средняго возраста. При разспросѣ окружающихъ обыкновенно удается узнать, что больной давно началъ употреблять спиртные напитки; большею частью вамъ сообщатъ о томъ, что онъ пилъ главнымъ образомъ водку, пилъ въ общемъ все больше и больше, ежедневно въ большихъ количествахъ, нерѣдко до бутылки въ день, до двухъ, а иногда и больше. Въ анамнезѣ лицъ, страдающихъ полиневритическимъ психо-

зомъ алкогольнаго происхожденія, иногда отмѣчаются явленія бѣлой горячки, иногда алкольно-бредовыя явленія въ связи съ какою-нибудь лихорадочной болѣзнью. Многіе изъ больныхъ, несмотря на значительное ежедневное употребленіе спиртныхъ напитковъ, продолжають заниматься своимъ дѣломъ и оставляють его лишь незадолго до развитія полиневритическаго психоза. При составленіи анамнеза необходимо разспросить окружающихъ и о томъ, не измѣнился ли характеръ больного; нерѣдко вамъ сообщать, что характеръ его сталъ хуже, что больной сдѣлался раздражительнѣе, равнодушнѣе къ своимъ дѣламъ, что особенно въ пьяномъ видѣ онъ придирчивъ и надоѣдливъ. Обыкновенно родные или окружающіе замѣчають, что опьянѣніе подъ конецъ стало наступать у больного скорѣе и отъ меньшихъ дозъ, чѣмъ прежде; иногда вамъ будуть разсказывать о томъ, что больной становится (еще до развитія Корсаковскаго психоза) слабѣе. Здѣсь необходимо подробнѣе узнать, когда больной сталъ физически слабѣе и не слегъ ли онъ въ постель. Начало болѣзни при Корсаковскомъ психозѣ опредѣлить не такъ, однако, легко, какъ это могло бы казаться. Конечно, весьма трудно провести рѣзкую границу между постепеннымъ переходомъ алкогольной интоксикаціи въ алкогольную аутоинтоксикацію. Признаками начинающейся алкогольной аутоинтоксикаціи, т. е. начинающагояся Корсаковскаго психоза, будеть упорная рвота, какъ выраженіе пораженія головного мозга; рвота бываеть нѣсколько разъ въ теченіе короткаго времени. Такъ какъ рвота бываетъ обыкновенно и у алкоголиковъ, при большомъ употребленіи спиртныхъ напитковъ, то нужно руководствоваться слѣдующими соображеніями: 1) при наступленіи cerebropathiae psychicae toxaemicae рвота является болѣе упорной и болѣе стойкой, чѣмъ обычная рвота у алкоголиковъ; 2) при начинающимся Корсаковскомъ психозѣ рвота бываетъ нѣсколько разъ въ теченіе дня, а не только утромъ, какъ при хроническомъ алкоголизмѣ; 3) рвота при данномъ психозѣ носитъ болѣе острый характеръ и мало поддается лѣчебнымъ мѣропріятіямъ. Такъ какъ рвота въ на-

чалѣ полиневритическаго психоза имѣетъ такое діагностическое значеніе, то при разспросѣ родныхъ и при составленіи объективнаго анамнеза необходимо имѣть въ виду этотъ симптомъ. Одновременно съ этимъ или вскорѣ послѣ этого у больного появляются уже ясные признаки полиневрита. Вамъ будутъ разсказывать о томъ, что больной сдѣлался не только слабъ, но пересталъ вставать съ постели, что онъ пересталъ почти двигать ногами, что и руки у него стали слабы. Нѣкоторые больные въ это время жалуются на то, что у нихъ двоится въ глазахъ, и при составленіи объективнаго анамнеза нужно спросить о томъ, не говорилъ ли больной, что у него двоится въ глазахъ, а также о томъ, не замѣчалось ли опущенія верхнихъ вѣкъ, что зависитъ отъ пораженія периферическихъ нервныхъ вѣточекъ, а не отъ пораженія нервныхъ центровъ. Обыкновенно, если пораженіе нервныхъ стволовъ на конечностяхъ сколько-нибудь значительное, окружающіе сообщатъ вамъ, что больной жаловался на боли въ рукахъ и въ ногахъ, или самостоятельныя, или вызывавшіяся прикосновеніемъ къ нему, напр., при поворачиваніи его.

Самоотравленіе организма ядами, въ немъ развивающимися при Корсаковскомъ психозѣ, выражается, между прочимъ, и въ томъ, что моча у больного становится насыщенной, принимаетъ буро-коричневую окраску; она отличается отъ мочи обыкновенной, насыщенной, напримѣръ, при лихорадочныхъ состояніяхъ. При полиневритическомъ психозѣ моча имѣетъ видъ пива. И если можно изъ разспросовъ наблюдательныхъ родныхъ больного узнать о томъ, что моча больного измѣнила свой цвѣтъ, то слѣдуетъ и это отмѣтить въ анамнезѣ; еще точнѣе и полнѣе будетъ онъ въ этомъ отношеніи, если вы будете въ состояніи узнать, когда произошло измѣненіе въ цвѣтѣ мочи.

Такъ какъ психическое разстройство при Корсаковскомъ психозѣ обнаруживается почти одновременно съ развитіемъ слабости, вслѣдствіе пораженія нервныхъ периферическихъ стволовъ, то при составленіи объективнаго анамнеза нужно имѣть это въ виду и вести разспросъ въ этомъ направленіи. Впро-

чемъ, надо замѣтить, что иногда явленія множественнаго неврита выражены сравнительны слабо и соотвѣтствующіе имъ физическіе симптомы могутъ быть просмотрѣны окружающими, и послѣдніе обратятъ вниманіе тогда на одни психическіе признаки. Начинается Корсаковскій психозъ съ болѣе или менѣе острыхъ явленій; у больного обнаруживается та или другая степень растерянности, та или другая степень разстройства сознанія; больной начинаетъ путаться въ окружающемъ, не оріентируется во времени, иногда въ мѣстѣ, если онъ находится въ данной обстановкѣ недавно; и уже въ это время онъ проявляетъ забывчивость, на которую нерѣдко обращаютъ вниманіе окружающіе; онъ требуетъ одно и то же по нѣскольку разъ, забывая, что просьба уже удовлетворена. Нерѣдко онъ собирается уходить куда-нибудь по опредѣленному дѣлу, забывая, что то, что онъ хочетъ сдѣлать, уже исполнено давно; онъ можетъ вспоминать въ это время о такихъ родныхъ или знакомыхъ, которыхъ нѣтъ теперь на свѣтѣ. Этотъ острый періодъ болѣзни длится сравнительно короткое время, нѣсколько дней, съ недѣлю, двѣ, иногда больше, и переходитъ съ стаціонарное состояніе, причемъ явленія растерянности и спутанности проходятъ, а остается однообразная картина болѣзни, выражающаяся главнымъ образомъ въ формѣ забывчивости по отношенію къ текущимъ и недавнимъ событіямъ, нерѣдко вмѣстѣ съ ложными воспоминаніями. При разспросѣ окружающихъ необходимо обратить вниманіе на этотъ острый періодъ, которымъ начинается Корсаковскій психозъ.

Далѣе, нужно замѣтить, что при полиневритическомъ психозѣ алкогольнаго происхожденія въ началѣ болѣзни наблюдаются весьма часто обманы со стороны органовъ чувствъ, носящіе алкогольную окраску и присоединяющіеся къ указаннымъ выше явленіямъ растерянности и спутанности. Больному въ это время могутъ мерещиться различныя животныя (кошки, мыши, крысы и т. д.) или могутъ слышаться какіе-нибудь голоса; иногда эти алкогольные признаки могутъ быть выражены такъ рѣзко, что больной съ начинающимся Корсаковскимъ

махъ ея. Полиневритическій психозъ, какъ я только что сказалъ, появляется иногда въ періодѣ выздоровленія отъ физической болѣзни, и поэтому получается рѣзкая разница между періодомъ начинающагося выздоровленія отъ тифозной горячки и новымъ ухудшеніемъ, но уже иного происхожденія. У больного обыкновенно начинается рвота, слабость быстро усиливается; вскорѣ уже можно замѣтить, что больной не можетъ ходить и стоять, вслѣдствіе большой слабости въ ногахъ, обусловленной невритическими пораженіями; въ рукахъ развивается также большая слабость; больной начинаетъ жаловаться на боли въ конечностяхъ. Иногда въ это же время онъ жалуется на двоеніе въ глазахъ, зависящее отъ пораженія периферическихъ нервныхъ вѣтвей, имѣющихъ отношеніе къ глазному яблоку. Тогда же нерѣдко наблюдается опущеніе верхнихъ вѣкъ. При составленіи объективнаго анамнеза въ такихъ случаяхъ необходимо имѣть въ виду всѣ эти подробности. Одновременно съ этимъ у больного происходитъ измѣненіе въ составѣ мочи, которая, какъ и въ случахъ Корсаковскаго психоза алкогольнаго происхожденія, принимаетъ буро-коричневатую окраску. Всѣ эти физическіе признаки развиваются вмѣстѣ съ психическими, выражающимися въ томъ, что у больного обнаруживаются явленія растерянности, разстройства сознанія; больной начинаетъ говорить безсвязно, волноваться нерѣдко и среди этихъ симптомовъ у него можно уже замѣтить забывчивость и ложныя воспоминанія. Этотъ острый періодъ Корсаковскаго психоза, развивающагося въ связи съ тифозной горячкой, отличается отъ соотвѣтствующаго періода полиневритическаго психоза алкогольнаго происхожденія отсутствіемъ яркихъ галлюцинацій, о которыхъ была рѣчь выше, и тѣмъ, что здѣсь граница между психическимъ здоровьемъ и послѣдующимъ заболѣваніемъ выражена рѣзче, чѣмъ тамъ. За непродолжительной фазой растерянности и спутанности наступаетъ вскорѣ и здѣсь стаціонарное состояніе, длительное и однообразное, гдѣ при ясномъ сознаніи и въ общемъ правильномъ отношеніи къ окружающему у больного наблюдается характер-

психозомъ имѣетъ сходство съ больнымъ, страдающимъ бѣлою горячкою. И, конечно, здѣсь мы имѣемъ не бѣлую горячку, которая переходитъ въ полиневритическій психозъ, а лишь бѣлогорячечный синдромъ, какъ начальный періодъ Корсаковскаго психоза. Поэтому, при составленіи анамнеза, касающагося случая Корсаковскаго психоза алкогольнаго происхожденія, необходимо имѣть въ виду возможность галлюцинацій, носящихъ алкогольную окраску.

Выше мы указали на то, что начало болѣзни при полиневритическомъ психозѣ алкогольнаго происхожденія отличается нѣсколько отъ соотвѣтствующаго періода Корсаковскаго психоза, развивающагося отъ другихъ этіологическихъ моментовъ; это отличіе заключается въ томъ, что при полиневритическомъ психозѣ алкогольнаго происхожденія начало болѣзни менѣе рѣзко, чѣмъ при другихъ причинахъ, и въ томъ, что при алкогольныхъ формахъ вначалѣ наблюдаются явленія, напоминающія бѣлую горячку.

Выше мы указали на то, что хроническій алкоголизмъ бываетъ одною изъ самыхъ частыхъ причинъ Корсаковскаго психоза; но этого мало; надо добавить, что огромное большинство случаевъ данной болѣзни находится въ связи съ хроническимъ алкоголизмомъ; несравненно рѣже встрѣчаются случаи полиневрическаго психоза, развившіеся въ связи съ тифозной горячкой, послѣ желтухи, на почвѣ піэміи и пр. Что касается случаевъ Корсаковскаго психоза въ связи съ тифозной горячкой, то надо замѣтить, что иногда онъ развивается не послѣ единичнаго приступа ея, а послѣ второго, и тутъ дѣло идетъ такъ. Заболѣваетъ индивидуумъ тифозной горячкой, начинаетъ поправляться, неожиданно вскорѣ у него обнаруживается новый приступъ той же лихорадочной болѣзни; иногда въ то время, когда больной уже начинаетъ снова оправляться, вдругъ у него обнаруживается новый рядъ симптомовъ, нервно-психическій симптомокамплексъ. Конечно, Корсаковскій психозъ можетъ развиться и послѣ единичнаго приступа тифозной горячки, но обыкновенно въ этихъ случаяхъ идетъ дѣло о тяжелыхъ фор-

ществованіи у него желчныхъ камней, можетъ въ одномъ изъ приступовъ желтухи заболѣть душевною болѣзнью въ формѣ полиневритическаго психоза, который обнаруживается остро и выражается въ томъ, что больной или больная приходитъ въ состояніе спутанности, начинаетъ говорить безсвязно, непослѣдовательно, „заговариваться"; иногда къ этому присоединяется волненіе, тревога, стремленіе куда-то уходить. Вмѣстѣ съ этими симптомами обнаруживается слабость общая, а главнымъ образомъ въ конечностяхъ, особенно въ ногахъ. Какъ и въ другихъ случаяхъ, такъ и здѣсь развитію полиневритическаго психоза предшествуетъ рвота. За короткимъ періодомъ растерянности и спутанности, во время котораго можно уже подмѣтить забывчивость и ложныя воспоминанія, наступаетъ длительное и однообразное состояніе, гдѣ при ясномъ сознаніи у больного остается рѣзкая забывчивость по отношенію къ текущимъ и недавнимъ событіямъ и наклонность къ конфабуляціямъ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ Корсаковскій психозъ развивается въ связи съ желтухой, душевная болѣзнь имѣетъ рѣзкую границу; въ этихъ случаяхъ при разспросѣ окружающихъ и при составленіи объективнаго анамнеза довольно легко опредѣлить начало полиневритическаго психоза.

При септикопіэмическихъ процессахъ также иногда наблюдается развитіе Корсаковскаго психоза, при чемъ послѣдній имѣетъ такое начало, какъ и при другихъ этіологическихъ моментахъ, какъ, напр., при желтухѣ, при тифозной горячкѣ. Здѣсь дѣло идетъ приблизительно такъ: существуетъ, положимъ, у больного гнойный процессъ, сравнительно долго длящійся, тяжелый, не поддающійся скорому лѣченію, дающій общія явленія съ повышеніемъ температуры; и вдругъ у этого больного появляется рядъ нервно-психическихъ симптомовъ: рвота, слабость общая, а главнымъ образомъ въ конечностяхъ, особенно въ ногахъ, боли въ конечностяхъ и одновременно съ этимъ растерянность, неспособность оріентироваться во времени, а иногда и въ мѣстѣ, забывчивость, ложныя воспоминанія. Въ общемъ, слѣдов., обнаруживается уже знакомая намъ

ное разстройство памяти въ формѣ забывчивости то съ ложными воспоминаніями и конфабуляціями, то безъ нихъ. Заканчивая рѣчь объ особенностяхъ начальнаго періода Корсаковскаго психоза въ зависимости отъ тифозной горячки, будетъ нелишнимъ, думается намъ, еще разъ подчеркнуть то обстоятельство, что данная душевная болѣзнь развивается при тяжелыхъ формахъ этого лихорадочнаго и инфекціоннаго заболѣванія, а также нерѣдко послѣ второго приступа его. Повидимому, можно думать, что при тяжелыхъ формахъ тифозной горячки иногда появляется въ организмѣ такое количество ядовитыхъ продуктовъ, что дѣятельность железъ, ихъ нейтрализующихъ, оказывается недостаточной, и въ организмѣ получается перенасыщеніе ядовитыми и вредными началами, что даетъ въ результатѣ самоотравленіе организма. То же самое предположеніе примѣнимо вполнѣ и къ тѣмъ случаямъ Корсаковскаго психоза, которые развиваются послѣ второго приступа тифозной горячки; здѣсь, надо думать, организмъ справляется съ первымъ приступомъ лихорадочной болѣзни, успѣшно парализуя и нейтрализуя вредные продукты обмѣна веществъ; при второмъ же приступѣ тифозной горячки эти свойства организма оказываются ослабѣвшими, дѣятельность соотвѣтствующихъ железъ является уже недостаточной, и опять въ организмѣ создается почва для аутоинтоксикаціи. Тифозный бредъ, съ нашей точки зрѣнія отличается существеннымъ образомъ отъ Корсаковскаго психоза, обусловленнаго тифозной горячкой; при тифозномъ бредѣ мы имѣемъ дѣло почти съ непосредственнымъ дѣйствіемъ заразнаго начала или продуктовъ его жизнедѣятельности на нервную систему; проходитъ дѣйствіе его, и бредъ прекращается и исчезаетъ, такъ какъ нервные элементы скоро сравнительно оправляются. При Корсаковскомъ же психозѣ пораженіе нервной системы несравненно глубже, чѣмъ при тифозномъ лихорадочномъ бредѣ.

Посмотримъ теперь, какъ развивается Корсаковскій психозъ при страданіи желчныхъ путей, именно при желтухѣ. Индивидуумъ, страдающій явленіями желтухи, напр., при су-

ГЛАВА ТРЕТЬЯ.

Наблюденіе больного, страдающаго Корсаковскимъ психозомъ. — Легкіе случаи, ихъ симптоматологія, теченіе и физическіе признаки; типическіе случаи Корсаковскаго психоза; тяжелые случаи.

Переходимъ теперь къ разсмотрѣнію того, какъ изслѣдовать больного, страдающаго Корсаковскимъ психозомъ, поступающаго подъ ваше наблюденіе; посмотримъ, на что слѣдуетъ обращать вниманіе и съ чѣмъ мы можемъ здѣсь встрѣтиться. Ради удобства и послѣдовательности въ изложеніи, мы будемъ придерживаться дѣленія случаевъ Корсаковскаго психоза на легкіе, типическіе и тяжелые.

Легкіе случаи полиневритическаго психоза, повидимому, чаще бываютъ алкогольнаго происхожденія и въ больницу или въ лѣчебницу они попадаютъ сравнительно рѣдко; чаще всего эти случаи протекаютъ въ домашней обстановкѣ. При послѣдовательномъ наблюденіи больного, у котораго существуетъ легкая форма Корсаковскаго психоза, не трудно замѣтить, что память по отношенію къ текущимъ и недавнимъ событіямъ у него слабѣе; особенно легко въ этомъ убѣдиться, если вы, зная, какъ проводитъ больной время и съ кѣмъ встрѣчается, будете спрашивать о томъ, что было вчера, третьяго дня, недавно. Вы убѣдитесь, что больному, несмотря на частыя напоминанія, трудно запомнить, какой сегодня день, число и пр. Однако, будучи заранѣе готовъ къ вашимъ вопросамъ и чувствуя впередъ, о чемъ именно вы будете спрашивать, больной все-таки старается удержать въ памяти текущее число,

картина Корсаковскаго психоза или cerebropathia psychica toxaemica. Иногда эта душевная болѣзнь появляется въ связи съ флегмоной, иногда въ зависимости отъ карбункула, то послѣ оперативнаго вмѣшательства, сопровождавшагося нагноеніемъ, то въ связи съ нѣкоторыми женскими болѣзнями. Возможны случаи Корсаковскаго психоза и отъ другихъ еще этіологическихъ моментовъ, но, думается намъ, мы достаточно выяснили механизмъ развитія полиневритическаго психоза; его внѣшнія проявленія въ общемъ имѣютъ много сходнаго въ отдѣльныхъ случаяхъ; выдѣляются нѣсколько случаи Корсаковскаго психоза алкогольнаго происхожденія, вслѣдствіе того, что алкоголь даетъ свою окраску, напр., вызывая алкогольныя галлюцинаціи въ началѣ болѣзни.

При составленіи объективнаго анамнеза Корсаковскаго психоза приходится, впрочемъ, иногда узнать, что больному, напр., въ то время, когда у него была тифозная горячка давалось, какъ укрѣпляющее, вино, иногда въ порядочныхъ дозахъ; въ этихъ случаяхъ при развитіи полиневритическаго психоза въ зависимости отъ тифозной горячки, могутъ обнаружиться прибавочныя явленія, не свойственныя данному этіологическихъ моменту, а обусловленныя тѣмъ, что больному давался алкоголь во время физической болѣзни въ большихъ дозахъ; эти прибавочныя явленія выражаются въ томъ, что у больного могутъ быть, между прочимъ, и характерныя для алкоголя галлюцинаціи зрѣнія.

Случаи Корсаковскаго психоза на почвѣ желтухи и въ связи съ тифозной горячкой приходится, конечно, встрѣчать нерѣдко терапевтамъ, а случаи этой душевной болѣзни въ связи съ септикопіэміей—хирургамъ; и, по понятнымъ причинамъ, начальныя явленія полиневритическаго психоза при этомъ оцѣниваются иначе, чѣмъ психіатрами, которымъ приходится по преимуществу имѣть дѣло съ случаями этого рода болѣе или менѣе тяжелыми, требующими уже спеціальнаго психіатрическаго вмѣшательства.

тельномъ наблюденіи больного легко убѣдиться въ томъ, что ему легче запомнить о томъ, что было то-то, чѣмъ вспомнить, когда это было; вообще, у больного оказывается разстроенной болѣе всего способность точно локализировать текущія событія во времени. Больному легче припомнить, что онъ видѣлъ васъ уже недавно, но ему трудно воспроизвести въ памяти, когда это было. Далѣе, бросается въ глаза, что больной можетъ правильно играть въ карты, можетъ играть въ шашки или въ шахматы; но спустя короткое время онъ можетъ забыть вовсе о томъ, что онъ игралъ, или не помнить точно, когда это было. Понятно само собою, что больной можетъ тогда играть недурно въ упомянутыя игры, если все, что нужно для этого, у него предъ глазами; держать же въ умѣ относящееся къ игрѣ ему трудно, и тутъ скажется тотъ же недостатокъ памяти. Если и бываютъ при легкихъ формахъ Корсаковскаго психоза ложныя воспоминанія, то они выражены весьма слабо, такъ что о наклонности къ конфабуляціямъ говорить здѣсь обыкновенно не приходится. Что касается событій давнихъ и вообще имѣвшихъ мѣсто еще до появленія полиневритическаго психоза, то при разговорѣ съ больнымъ легко убѣдиться въ томъ, что они сохранились въ его памяти въ общемъ хорошо, и больной. страдающій легкой формой Корсаковскаго психоза, въ этомъ отношеніи почти ничѣмъ не отличается отъ здороваго человѣка; больной хорошо помнитъ и быстро воспроизводитъ въ своей памяти прежнія событія изъ своей жизни; получается рѣзкая разница между состояніемъ памяти по отношенію къ текущимъ и недавнимъ событіямъ и памятью по отношенію къ событіямъ прежнимъ. Періодъ времени, который больной плохо помнитъ, не одинаковой продолжительности: можно сказать, что въ легкихъ формахъ Корсаковскаго психоза онъ начинается для больного почти со времени заболѣванія душевною болѣзнью; или же больной плохо вспоминаетъ уже и то, что было до болѣзни за нѣкоторое время.

Кромѣ разстройства памяти, даже въ легкихъ формахъ Корсаковскаго психоза, удается подмѣтить иногда также и об-

текущій день; но для этого ему нужны извѣстныя усилія, извѣстное напряженіе вниманія, такъ какъ запоминаніе такихъ простыхъ вещей дается ему сравнительно нелегко. Встрѣчаясь съ больнымъ, вы замѣтите, что онъ, запомнивъ, какое сегодня число и день, въ другой разъ можетъ опять забыть объ этомъ и снова путаться въ своихъ отвѣтахъ, хотя въ концѣ концовъ, особенно съ улучшеніемъ состоянія, больной начинаетъ правильно и точно оріентироваться во времени. Спрашивая о томъ, какъ онъ провелъ вчерашній день, вы поставите этимъ его въ нѣкоторое затрудненіе, потому что вспомнить, что было вчера, ему трудно; онъ можетъ вспомнить прежде всего лишь наиболѣе выдающіеся факты того дня, да и то, вспоминая о нихъ, можетъ сомнѣваться и колебаться, дѣйствительно ли это было вчера. Съ улучшеніемъ же состоянія больному становится все легче и легче воспроизводить въ своемъ сознаніи факты вчерашняго дня и недавнихъ дней вообще. Какъ дни и числа, такъ же трудно запоминать больному и имена новыхъ лицъ; ему трудно запомнить сразу и скоро ваше имя; но если, провѣряя память больного, вы часто будете спрашивать его о томъ, запомнилъ ли онъ, какъ васъ звать, то онъ справится съ этимъ и будетъ знать, какъ васъ звать; интересно, что для того, чтобы запомнить ваше имя, больной связываетъ иногда представленіе о васъ съ кѣмъ-либо изъ своихъ прежнихъ знакомыхъ, котораго звать такъ же, какъ и васъ; и вотъ, когда вы подходите къ больному, онъ сейчасъ вспоминаетъ о томъ своемъ знакомомъ, а, слѣдов., и о томъ, какъ звать васъ. Иногда, для изслѣдованія памяти больного, вы разспрашиваете его о самыхъ простыхъ вещахъ изъ текущей жизни, напр., о томъ, что подавалось за обѣдомъ, какія блюда; при плохой памяти больного это ставитъ его въ затрудненіе, и здѣсь характерное душевное разстройство обнаруживается весьма нагляднымъ образомъ. Если имѣете дѣло съ больнымъ интеллигентнымъ, то удобно поговорить съ нимъ о томъ, что онъ читалъ въ газетахъ, о какихъ текущихъ событіяхъ онъ узналъ; и при этомъ онъ обнаружитъ тотъ-же недостатокъ памяти. При послѣдова-

щее, правда небольшое, пониженіе тонуса психической жизни у больного, недостатокъ активности, нѣкоторую вялость мышленія; впрочемъ, этотъ симптомъ рѣзче выраженъ въ томъ періодѣ, когда прошло немного еще времени отъ начала болѣзни; при благопріятныхъ же условіяхъ этотъ признакъ сглаживается довольно скоро, причемъ остается одна лишь слабость памяти по отношенію къ текущимъ и недавнимъ событіямъ.

Что касается теченія болѣзни при легкихъ формахъ Корсаковскаго психоза, то дѣло идетъ обыкновенно такъ: послѣ болѣе или менѣе остраго начала, когда душевное разстройство выражено замѣтнѣе, наступаетъ вскорѣ улучшеніе; остается ослабленіе памяти, при чемъ послѣдняя сначала быстрѣе, а потомъ все медленнѣе и медленнѣе улучшается. Обыкновенно больные ранѣе исчезаютъ изъ подъ вашего наблюденія, чѣмъ наступаетъ окончательное выздоровленіе, ранѣе, чѣмъ можно говорить о restitutio ad integrum. Несомнѣнно, что хотя и нескоро сравнительно, но больные оправляются все-таки настолько, что могутъ заниматься своимъ привычнымъ дѣломъ; иногда психическое здоровье больного настолько улучшается, что окружающіе считаютъ его поправившимся совсѣмъ; но должно всегда сомнѣваться въ томъ, такъ ли это. Едва ли память у больного, послѣ перенесеннаго имъ Корсаковскаго психоза, будетъ такая, какая была до болѣзни; можетъ-быть, дефекты ея незамѣтны для окружающихъ; но, при внимательномъ наблюденіи и при откровенномъ отношеніи больного къ врачу, эти дефекты должны существовать.

Что касается физическихъ симптомовъ при легкихъ формахъ Корсаковскаго психоза, то они могутъ вовсе не соотвѣтствовать психическимъ и быть выраженными значительно сильнѣе. Такъ, напр., при легкихъ формахъ этой болѣзни иногда больные на долгое время утрачиваютъ коленные рефлексы; у больныхъ могутъ наблюдаться атрофіи въ конечностяхъ, рѣзкое измѣненіе электрической возбудимости со стороны нервной и мышечной системы и пр. Иногда же въ легкихъ случаяхъ

Корсаковскаго психоза и симптомы полиневрита оказываются нерѣзкими. Во всякомъ случаѣ, здѣсь нѣтъ соотвѣтствія между тѣми и другими явленіями. Если можно, съ другой стороны, говорить о томъ, что поправленіе психическое и физическое идетъ параллельно, то слѣдуетъ имѣть въ виду, что такая параллельность будетъ до нѣкоторой степени относительной. Какъ со стороны психической ослабленіе памяти долгое время остается замѣтнымъ, то и со стороны физической извѣстные симптомы отличаются особеннымъ упорствомъ, напр., отсутствіе колѣнныхъ рефлексовъ.

Въ тѣхъ случаяхъ Корсаковскаго психоза, которые мы называемъ *типическими*, психическіе признаки выражены весьма рѣзко; больные этого рода, поступающіе подъ ваше наблюденіе, оправляются уже не такъ скоро; здѣсь пораженіе головного мозга болѣе глубокое. При послѣдовательномъ наблюденіи такого больного вы легко убѣдитесь прежде всего въ томъ, что память у него слабая и забывчивость по отношенію къ текущимъ событіямъ поразительная; больной не только не знаетъ, какой сегодня день, число, какой теперь мѣсяцъ, но и ошибается относительно года; онъ можетъ отвѣтить вамъ наугадъ на предлагаемые ему вопросы о времени; вы поправляете его, но онъ сейчасъ забываетъ то, что ему сказали. Такъ какъ больной не знаетъ какой теперь годъ, то, естественно, онъ не въ состояніи опредѣлить и свой возрастъ. Наблюдая больного, вы видите, что память его остается плохой долгое время. Находясь въ больницѣ, онъ скорѣе чувствуетъ это, догадывается объ этомъ, чѣмъ знаетъ это твердо; понимая, что вы врачъ, больной не можетъ правильно сказать, когда и гдѣ онъ васъ встрѣтилъ; онъ не помнитъ, какъ, когда и съ кѣмъ онъ пріѣхалъ въ больницу: все это совершенно выпадаетъ изъ его памяти. При разспросахъ больного легко убѣдиться въ томъ, что онъ помнитъ плохо не только съ тѣхъ поръ, какъ заболѣлъ; оказывается, что онъ не помнитъ последнихъ лѣтъ своей жизни. Нѣкоторые больные забываютъ 10—15—20 и больше лѣтъ своей прежней жизни. Такъ, напр.,

одна больная, пожилая особа, думала иногда, что ей нѣтъ и 20 лѣтъ, забывая временами, что у нея есть уже замужняя дочь; а такъ какъ ея дочь вышла замужъ только нѣсколько лѣтъ тому назадъ, то больная забыла и объ этомъ. Больные, при выпаденіи у нихъ изъ памяти такого длиннаго періода времени, предшествующаго заболѣванію, поражаютъ и удивляютъ тѣмъ, что забываютъ имена своихъ послѣднихъ дѣтей, даже забываютъ объ ихъ существованіи. Спросите больного, сколько у него дѣтей и какъ ихъ звать, и вы поставите его въ затрудненіе, при чемъ больной, сохраняя свое благодушіе, будетъ и самъ удивляться своей забывчивости. Однако, надо замѣтить, что періодъ времени, о которомъ больной забываетъ, колеблется даже у одного и того же больного: то этотъ періодъ длиннѣе, то онъ короче. Встрѣчаясь часто съ больнымъ, вы увидите, что эти колебанія въ состояніи его памяти зависятъ отъ физическаго состоянія его организма; при ухудшеніи физическаго состоянія при повышеніи температуры, напр., больной забываетъ большій періодъ времени; когда же ему становится лучше въ физическомъ отношеніи, то оказывается, что онъ вспомнилъ нѣкоторые года своей жизни. Видя васъ часто, больной не можетъ запомнить ваше имя, равно какъ и имена окружающихъ лицъ; встрѣчаясь съ вами нѣсколько разъ въ день, больной не въ состояніи сказать, видѣлъ ли васъ сегодня; съ большею увѣренностью онъ скажетъ, что видѣлъ васъ недавно, но когда это было—припомнить это онъ не можетъ.

Въ типическихъ случаяхъ Корсаковскаго психоза, кромѣ простой забывчивости, наблюдается у больного обыкновенно много ложныхъ воспоминаній. Если вы спросите больного, какъ онъ проводитъ время, то онъ иногда начнетъ разсказывать о томъ, гдѣ онъ былъ, что видѣлъ, кого встрѣтилъ. Нерѣдко бываетъ такъ, что больной, лежащій въ постели, съ парализованными ногами, разсказываетъ о томъ, что онъ ходилъ и что онъ послѣ этого немного усталъ. Ведя съ вами такой разговоръ, больной забываетъ въ это время о параличѣ своихъ ногъ; но если обратить тутъ его вниманіе на то, что у

него ноги слабы, то больной можетъ съ этимъ согласиться и благодушно признаться, что онъ насчетъ своей прогулки ошибается. Вскорѣ больной опять забудетъ даже о томъ, что онъ велъ съ вами этотъ разговоръ и что у него ноги парализованы, и на вашъ вопросъ, какъ онъ проводитъ время, будетъ снова фантазировать насчетъ своихъ прогулокъ. Любопытно то обстоятельство, что больной, разсказывающій небылицы, вовсе не хочетъ васъ обмануть, такъ какъ онъ самъ увѣренъ въ дѣйствительности того, о чемъ разсказываетъ. Содержаніе вымышленныхъ исторій или конфабуляцій у различныхъ больныхъ неодинаковое, конечно, что̀ зависитъ отъ интересовъ больного, его индивидуальности; содержаніе конфабуляцій мѣняется до нѣкоторой степени у одного и того же больного; сегодня больной конфабулируетъ на одну тему, завтра на другую; затѣмъ онъ можетъ разсказать еще что-нибудь новое и т. д. Впрочемъ, нѣкоторыя конфабуляціи у больного могутъ и повторяться и отличаться стойкостью, даже быть стереотипными. Иногда вымышленныя исторіи касаются обыкновенныхъ и возможныхъ событій, но иной разъ больной разсказываетъ о такихъ вещахъ, которыхъ никогда и нигдѣ не могло быть. Напр., одинъ изъ больныхъ, живущій въ центральной Россіи, вдали отъ большой рѣки, разсказывалъ съ увѣренностью, что онъ поймалъ однажды необыкновенно большую рыбу и чуть ли не удочкой. Одна изъ больныхъ, при разспросѣ объ ея здоровьѣ, разсказывала временами о томъ, что она слаба потому, что родила недавно чрезъ задній проходъ. Еще рѣзче выраженъ этотъ фантастическій элементъ въ тяжелыхъ формахъ полиневритическаго психоза, но объ этомъ рѣчь будетъ ниже.

Многіе больные, представляющіе картину типическаго Корсаковскаго психоза, смѣшиваютъ въ больничной обстановкѣ новыхъ лицъ съ своими старыми знакомыми. Напр., больной, видя васъ въ первый разъ, на вопросъ о томъ, кто вы такой, назоветъ васъ фамиліей кого-либо изъ своихъ прежнихъ знакомыхъ врачей. Когда вы поправите ошибку больного и скажете, что вы такой-то, онъ въ данную минуту согласится

съ вами и приметъ ваше замѣчаніе къ свѣдѣнію; а спустя короткое время опять можетъ такъ же ошибочно называть васъ и т. д., при чемъ это можетъ повторяться много разъ и въ стереотичной формѣ.

Нѣкоторые изъ больныхъ, называя врачей или кого-либо изъ окружающихъ неправильными именами, не вѣрятъ иногда дѣламымъ поправкамъ, и отдѣльныя ложныя воспоминанія у нихъ пріобрѣтаютъ стойкость; такъ, напр., одинъ изъ больныхъ, несмотря на разубѣжденія, принималъ одного изъ врачей за парикмахера и подробно разсказывалъ, какъ и когда онъ съ нимъ познакомился. Обыкновенно же бываетъ такъ, что больной, признающій въ окружающихъ своихъ прежнихъ знакомыхъ и при разсказѣ вымышленныхъ исторій о знакомствѣ съ ними, вами поправляемый, соглашается съ вами и сознается въ своихъ ошибкахъ памяти, забывая, впрочемъ, затѣмъ объ этомъ.

Что касается настроенія больного въ типическомъ случаѣ Корсаковскаго психоза, то нужно отмѣтить, что въ больничной обстановкѣ больной благодушенъ; онъ удивляется самъ своей слабости памяти и добродушно смѣется вмѣстѣ съ вами надъ ея дефектами; онъ не обижается на окружающихъ и въ то же время мало огорчается своею болѣзнію, не тяготится своимъ положеніемъ. Изрѣдка, подъ вліяніемъ какого-либо стойкаго ложнаго воспоминанія, больной начинаетъ куда-то стремиться, собираться и сердиться, когда его не пускаютъ итти туда, куда ему кажется нужнымъ. Или бываетъ и такъ, что больному покажется, что у него была при немъ такая-то вещь, и вдругъ явится у него мысль, что эту вещь у него украли; подъ вліяніемъ такой мысли больной, конечно, посердится, даже можетъ пошумѣть. Такія сцены могутъ повториться, но, въ общемъ, больной скоро успокоивается и становится попрежнему незлобивымъ и благодушнымъ. Впрочемъ, надо замѣтить, что въ домашней обстановкѣ больные, о которыхъ теперь идетъ рѣчь, менѣе сговорчивы, чаще сердятся, более придирчивы, требовательнѣе.

Сохраняя при разговорѣ извѣстную живость ума, больные

эти будутъ поражать васъ, при наблюденіи за ними, однако, своею вялостью, апатичностью, что̀ будетъ сказываться особенно тогда, когда больной остается одинъ, когда его ни о чемъ не разспрашиваютъ. Вы замѣтите, что, будучи предоставленъ самому себѣ, больной подолгу можетъ, напр., лежать въ постели съ равнодушнымъ видомъ, мало обращая вниманія на то, что происходитъ вокругъ. Это зависитъ отъ пониженія психической активности, отъ ослабленія тонуса психической энергіи. Такъ какъ Корсаковскій психозъ относится къ органическимъ болѣзнямъ головного мозга, то вполнѣ естественно уже a priori предполагать здѣсь существованіе ослабленія психическихъ способностей; но здѣсь нельзя еще говорить о слабоуміи. При полиневритическомъ психозѣ больной сохраняетъ, какъ было уже указано выше, извѣстную живость ума и извѣстную степень пониманія, насколько это позволяетъ слабость памяти и забывчивость. Выраженіе лица такого больного, выраженіе его глазъ, даже манера держаться не производятъ впечатлѣнія слабоумія; у него сохраняется правильное отношеніе къ роднымъ, къ своимъ близкимъ, къ прежнимъ знакомымъ: здѣсь нѣтъ глубокаго измѣненія нравственной личности. Нѣкоторое исключеніе, впрочемъ, составляютъ случаи Корсаковскаго психоза алкогольнаго происхожденія, гдѣ иногда еще до развитія этой болѣзни могутъ образоваться тѣ или другія измѣненія въ характерѣ; въ этихъ-то именно случаяхъ иногда, при изслѣдованіи больного и при наблюденіи его, вы можете замѣтить, что существуютъ у него нѣкоторые дефекты памяти и по отношенію къ прежнимъ событіямъ его жизни; но, во всякомъ случаѣ, эти дефекты незначительны и ничтожны въ сравненіи съ забывчивостью текущихъ и недавнихъ событій.

Наблюдая болѣе или менѣе продолжительное время больного съ типическою формою Корсаковскаго психоза, вы увидите, что психическая картина болѣзни измѣняется на вашихъ глазахъ и что его здоровье улучшается. Улучшеніе это сначала идетъ быстрѣе, а потомъ все медленнѣе и медленнѣе. Прежде всего бросается въ глаза, что больной сталъ меньше разсказы-

вать небылицъ, чѣмъ прежде; при чемъ въ его конфабуляціяхъ исчезаетъ элементъ фантастическій или сказочный. Одновременно съ этимъ вы будете убѣждаться въ томъ, что и память больного стала лучше, и что онъ уже въ состояніи удерживать въ памяти нѣкоторыя изъ текущихъ событій; напр., больному удается запоминать имена нѣкоторыхъ изъ окружающихъ легче, чѣмъ прежде. Если и остаются у больного разсказы о томъ, чего не было на самомъ дѣлѣ, то они касаются уже того, о чемъ онъ разсказывалъ прежде; творческій элементъ въ конфабулированіи исчезаетъ. Затѣмъ наступаетъ такой періодъ, когда конфабуляцій нѣтъ. Въ это время могутъ остаться лишь отрывочныя ложныя убѣжденія, основанныя на ошибкахъ памяти и не поддающіяся разубѣжденіямъ. И главнымъ симптомомъ болѣзни будетъ тогда замѣтная забывчивость по отношенію къ текущимъ и недавнимъ событіямъ. Кромѣ того, разспрашивая больного о томъ, какъ онъ заболѣлъ и что предшествовало этому, вы замѣтите, что онъ припоминаетъ кое-что изъ начальнаго періода болѣзни; многое изъ того времени онъ путаетъ или воспроизводитъ въ сознаніи, какъ сонную грезу; о многихъ же фактахъ и совсѣмъ забылъ. Иногда, когда вы напоминаете больному о нѣкоторыхъ событіяхъ того періода, онъ можетъ кое-что припомнить, самъ же, безъ вашихъ напоминаній и безъ вашей помощи, онъ припомнить можетъ значительно меньше. При дальнѣйшемъ улучшеніи способность припоминанія того, что было во время болѣзни, повышается, хотя надо сказать, что всего больной не припомнитъ, о многомъ забудетъ, можетъ-быть, совсѣмъ, кое-что вспомнитъ и не забудетъ; періодъ же, касающійся начала болѣзни и предшествующихъ этому событій, всегда, должно-быть, будетъ представляться ему какъ бы въ туманѣ.

Если сомнительно, какъ мы сказали выше, чтобы можно было говорить о полномъ возстановленіи памяти при легкихъ формахъ Корсаковскаго психоза, то о restitutio ad integrum едва ли можно говорить въ типическихъ, т. е. средней интенсивности, случаяхъ данной болѣзни. Болѣзнь тянется долго;

улучшеніе наблюдается не только черезъ мѣсяцы, но и чрезъ 2—4 года и болѣе; въ общемъ, улучшеніе идетъ медленно, но его можно иногда констатировать, если есть возможность сравнивать состояніе памяти въ данный моментъ съ состояніемъ ея нѣкоторое время тому назадъ. Оправившись замѣтно, но оставаясь забывчивымъ, больные начинаютъ нерѣдко заниматься своимъ привычнымъ дѣломъ; впрочемъ, нужно оговориться, что прежней работоспособности у такого больного не будетъ; сначала заниматься дѣломъ ему будетъ трудно, потомъ же онъ приспособляется къ дѣлу, и ему удается такъ или иначе сглаживать недостатокъ памяти; напр., больной чаще, чѣмъ прежде, прибѣгаетъ къ записной книжкѣ. Работоспособность со временемъ также постепенно повышается, не достигая прежняго уровня. Понятно само собою, что больному легче иногда заниматься привычномъ дѣломъ, чѣмъ новымъ, ознакомленіе съ которымъ требуетъ значительнаго участія памяти. Впрочемъ, многое зависитъ въ данномъ случаѣ отъ рода занятій. Конечно, парикмахеръ, напр., можетъ скорѣе приступить къ своимъ занятіямъ, чѣмъ приказчикъ или конторщикъ. Улучшеніе, о которомъ идетъ здѣсь рѣчь, можетъ имѣть мѣсто лишь при извѣстныхъ благопріятныхъ условіяхъ эндогенныхъ или экзогенныхъ, т. е. при извѣстномъ состояніи самого физическаго организма и при отсутствіи новаго отравленія или новаго зараженія какимъ-либо ядомъ. Если, напр., больной продолжаетъ употреблять спиртные напитки, то этимъ задерживается улучшеніе его здоровья; если онъ началъ работать и сильно утомляется, то и это мѣшаетъ дальнѣйшему возстановленію психическаго здоровья и т. д. Такъ какъ типическіе случаи Корсаковскаго психоза оказываются еще болѣе длительными, чѣмъ легкія формы этой болѣзни, то больной въ концѣ концовъ обыкновенно исчезаетъ изъ-подъ вашего наблюденія и вамъ приходится разставаться съ больнымъ обыкновенно въ то время, когда вы не считаете его вполнѣ здоровымъ. Что же касается свѣдѣній, иногда вамъ сообщаемыхъ случайно кѣмъ-либо, знающимъ больного, то къ нимъ нужно относиться критически,

такъ какъ дефекты памяти больной научается искусно скрывать и этимъ можетъ вводить въ заблужденіе не только окружающихъ, но иной разъ и знакомаго врача не-спеціалиста.

Теперь, чтобы закончить разсмотрѣніе клиническихъ симптомовъ, наблюдаемыхъ въ теченіи типическихъ случаевъ Корсаковскаго психоза, намъ остается обратить вниманіе на соотвѣтствующія имъ явленія множественнаго неврита. Эти послѣднія выражены не всегда одинаково интенсивно; въ однихъ случаяхъ признаки полиневрита весьма рѣзки, въ другихъ выражены слабо; въ одномъ рядѣ случаевъ они стойки и долго сопровождаются продолжительной утратой колѣнныхъ рефлексовъ, въ другомъ—они наклонны къ быстрому исчезновенію и могутъ быть просмотрѣны, если во-время не обращено на нихъ вниманіе врача. Иногда явленія множественнаго пораженія нервовъ бываютъ болѣе или менѣе замѣтны только въ началѣ Корсаковскаго психоза, а затѣмъ отъ нихъ остаются лишь слѣды; и это-то обстоятельство давало, между прочимъ, нѣкоторымъ изслѣдователямъ лишній поводъ отрицать существованіе самостоятельности полиневритическаго психоза, какъ особой болѣзненной формы, и утверждать, что клиническая психическая картина, наблюдаемая при Корсаковскомъ психозѣ, можетъ встрѣчаться безъ полиневрита.

Въ *тяжелыхъ* случаяхъ Корсаковскаго психоза приходится имѣть дѣло съ комбинаціей его съ какою-либо тяжелою физическою болѣзнью, чаще всего съ туберкулезомъ легкихъ или септикопіэмическимъ процессомъ, вызвавшимъ cerebropathia psychica toxaemica и продолжающимъ существовать. Такой больной всегда слабъ, что̀ можетъ зависѣть и отъ инфекціонной болѣзни, и отъ страданія периферическихъ нервовъ; наблюдая больного, вы не всегда будете въ состояніи рѣшить вопросъ, въ какой степени эта слабость обусловливается данной физической болѣзнью и насколько она стоитъ въ связи съ полиневритомъ; но при послѣдовательномъ и повторномъ изслѣдованіи удается нерѣдко опредѣлить въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ признаки полиневрита и притти къ опредѣленному

заключенію, что слабость больного зависитъ не только, напр., отъ одного туберкулеза. Конечно, существованіе такихъ симптомовъ, какъ контрактуры, исчезновеніе сухожильныхъ рефлексовъ, измѣненіе въ положеніи стопъ и кистей, нужно относить на счетъ полиневрита; въ пользу послѣдняго говоритъ также и измѣненіе электрической мышечной реакціи. Весьма трудно иногда точно оцѣнить другіе физическіе признаки, напр., похуданіе мышцъ. Если похуданіе общее, если одинаково худы мышцы рукъ, ногъ, туловища, то надо думать объ общемъ истощеніи организма, обусловленномъ инфекціоннымъ заболѣваніемъ. Для полиневрита характерно избирательное пораженіе мышечной системы; если, напр., кисти сравнительно больше атрофированы, чѣмъ предплечія, а эти послѣднія больше, чѣмъ области плеча, то это слѣдуетъ относить на счетъ полиневрита; то же самое нужно сказать и о большемъ похуданіи икроножныхъ мышцъ сравнительно съ бедренными. Относительно болей въ конечностяхъ, болей, какъ самостоятельно возникающихъ, такъ и при давленіи, иногда также трудно сказать съ положительностью, отъ чего онѣ зависятъ, отъ полиневрита ли или отъ инфекціонной болѣзни; если боли ясно обозначаются по направленію нервныхъ стволовъ, то это заставляетъ оцѣнивать этотъ симптомъ, какъ полиневритическій; наоборотъ, если боли при давленіи въ конечностяхъ разсѣянныя и не пріурочиваются къ нервнымъ стволамъ, то онѣ могутъ и не стоять въ связи съ полиневритомъ, хотя надо помнить, что при Корсаковскомъ психозѣ возможно и самостоятельное пораженіе мышечнаго аппарата.

Переходя къ описанію психическихъ признаковъ, наблюдаемыхъ въ теченіи *тяжелыхъ* формъ Корсаковскаго психоза, прежде всего слѣдуетъ обратить вниманіе на то, что больной говоритъ часто тихимъ и слабымъ голосомъ, невнятно и что рѣчь его при поверхностномъ изслѣдованіи можетъ показаться просто безсвязной; и нужно не торопясь и терпѣливо разспрашивать больного, не забрасывать его вопросами, отнестись къ нему ласково и съ видомъ сочувствія и помнить, что на

самомъ дѣлѣ у больного, можетъ быть, вовсе не такое большое безсмысліе, какъ это можетъ показаться съ перваго раза. Наблюдая больного послѣдовательно и въ разное время дня, давая ему возможность высказываться, вы увидите вскорѣ, что среди безсвязнаго разговора больного выдѣляются нѣкоторыя особенности его психическаго состоянія; онъ оказывается благодушнымъ и, несмотря на большую слабость и тяжелое положеніе, улыбается; вы можете замѣтить скоро, что онъ принимаетъ васъ за своего знакомаго. Разспрашивая больного о томъ, гдѣ онъ находится, какое теперь время года, какой сегодня день и число, вы легко убѣдитесь, что онъ не оріентируется ни въ мѣстѣ, ни во времени; а когда вы ему сообщаете то, чего онъ не знаетъ, или исправляете его ошибки памяти, то онъ вскорѣ забываетъ объ этомъ и снова оказывается, что онъ не знаетъ, гдѣ онъ находится. Понятно, что при тяжелыхъ формахъ Корсаковскаго психоза должны наблюдаться въ изобиліи ложныя воспоминанія и конфабуляціи; это вамъ бросится въ глаза вскорѣ же, какъ поступитъ подъ ваше наблюденіе больной такого рода; но только ложныя воспоминанія и конфабуляціи здѣсь отличаются большею отрывочностью, безсвязностью и большею нелѣпостью. Иногда больной, конфабулируя, разсказываетъ о такихъ вещахъ, которыхъ никогда и нигдѣ быть не могло; напр., одинъ изъ больныхъ не разъ, но съ различными варіаціями, упоминалъ о томъ, что у него былъ родственникъ, у котораго была какая-то особенная нога и что на послѣдней появилось отвѣтвленіе одно, потомъ другое, наподобіе кактуса. Если больной разсказываетъ о такихъ невѣроятныхъ событіяхъ, то приходится собирать у родныхъ еще дополнительныя свѣдѣнія, и постараться найти соотвѣтствующія реальныя событія, извѣстныя больному и передаваемыя имъ въ извращенномъ видѣ. Напр., при новомъ разспросѣ родныхъ упомянутаго только что больного оказалось, что у него былъ близкій родственникъ по нисходящей линіи, у котораго было страданіе одного изъ суставовъ и который лишился ноги, при чемъ эту послѣднюю ему пришлось замѣнить искусственною

ногою. Очевидно и даже несомнѣнно, что больной, разсказывая фантастическое происшествіе съ ногою, перепутывалъ нѣчто реальное съ своими конфабуляціями. Въ тяжелыхъ случаяхъ полиневритическаго психоза нерѣдко вы иногда услышите отъ больного вымышленныя исторіи о смерти кого-нибудь изъ близкихъ. Кромѣ симптомовъ спутанности, разстройства памяти и конфабуляцій, при тяжелыхъ формахъ Корсаковскаго психоза могутъ быть и обманы со стороны органовъ чувствъ, особенно при алкогольныхъ формахъ. Въ общемъ, клиническая картина въ этихъ случаяхъ можетъ напоминать какое-либо органическое слабоуміе, и лишь внимательное наблюденіе поможетъ разобраться въ томъ, съ чѣмъ собственно имѣемъ здѣсь дѣло. Въ тѣхъ случаяхъ Корсаковскаго психоза, которые мы относимъ къ тяжелымъ формамъ, существуетъ одновременно какая-либо тяжелая болѣзнь—обыкновенно инфекціонная, которая и приводитъ больного къ летальному исходу. Надо замѣтить, что комбинація *полиневритическаго психоза*, напр., съ туберкулезомъ, почти всегда оканчивается смертью.

Вслѣдствіе того, что физическое состояніе больного въ тяжелыхъ формахъ Корсаковскаго психоза постепенно ухудшается, психическое состояніе не можетъ улучшаться, и мы видимъ тогда, что картина спутанности и растерянности не проходитъ, оставаясь почти до конца жизни больного, который постепенно угасаетъ.

Что касается признаковъ полиневрита, то они въ тяжелыхъ случаяхъ Корсаковскаго психоза также могутъ быть выражены различно, но въ существованіи ихъ всегда можно съ положительностью убѣдиться. Такъ какъ здѣсь дѣло доходитъ до летальнаго исхода, то, конечно, слѣдуетъ по возможности всегда стараться провѣрить свою клиническую діагностику при помощи вскрытія и, главное, микроскопическаго изслѣдованія периферическихъ нервовъ.

ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ.

Старческая или артеріосклеротическая форма Корсаковскаго психоза.— Случаи Корсаковскаго психоза съ паранойяльнымъ синдромомъ.—Случаи Корсаковскаго психоза съ размягченіемъ въ области различныхъ отдѣловъ головного мозга.—Случаи Корсаковскаго психоза въ сочетаніи съ душевнымъ разстройствомъ другого рода.—Возможность комбинаціи мозговой опухоли и Корсаковскаго психоза.

Прежде чѣмъ перейти къ дифференціальной діагностикѣ различныхъ формъ Корсаковскаго психоза, мы находимъ не лишнимъ остановиться еще на нѣкоторыхъ случаяхъ этой болѣзни, представляющихъ клиническія особенности.

а) *Старческая или артеріосклеротическая форма Корсаковскаго психоза.* Если полиневритическій психозъ развивается въ пожиломъ возрастѣ, то клиническія проявленія его и теченіе могутъ отличаться нѣкоторыми особенностями. Послѣ болѣе или менѣе остраго начала картина болѣзни становится монотонно-однообразной, и улучшенія не наблюдается; изо дня въ день и въ теченіе иногда продолжительнаго времени больной не представляетъ замѣтныхъ перемѣнъ. Больной, о которомъ идетъ здѣсь рѣчь, забываетъ обыкновенно нѣсколько послѣднихъ лѣтъ своей жизни. Напр., одинъ изъ больныхъ, бывшій университетскій служащій, препараторъ по профессіи, и оставившій свои занятія уже давно, думалъ, что онъ продолжаетъ приготовлять препараты; на вопросъ, какъ онъ проводитъ время, онъ опредѣленно и увѣренно говорилъ объ этомъ; онъ не помнилъ совсѣмъ, въ какомъ городѣ и гдѣ именно онъ находится въ данное время; забывчивость его была такъ велика,

что онъ жилъ почти исключительно своимъ давнимъ прошлымъ, и все текущее и настоящее, время заболѣванія, его начало, послѣдніе года—все это выпало изъ его памяти и обо всемъ этомъ онъ не помнилъ совсѣмъ; онъ забылъ приблизительно лѣтъ 20 своей жизни, предшествующихъ началу даннаго заболѣванія.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ Корсаковскій психозъ развивается въ пожиломъ возрастѣ, забывчивость у больныхъ бываетъ поразительная и притомъ стойкая, не наклонная къ уменьшенію.

Изъ того, что происходитъ вокругъ, больной не въ состояніи ничего удерживать въ памяти. Въ общемъ, картина болѣзни отличается стереотипностью. Объ одномъ и томъ же больной можетъ разсказывать безчисленное множество разъ; разсказъ объ одномъ и томъ же вы услышите не разъ сегодня, будете слышать его не разъ завтра, послѣзавтра и т. д. Больной не въ состояніи запомнить ни одного новаго имени, не можетъ запомнить, видя васъ часто, когда видѣлся съ вами въ послѣдній разъ. Онъ забываетъ о томъ, какой теперь годъ, мѣсяцъ, какое сегодня число, день и пр. И сколько бы разъ вы ни напоминали больному, какъ васъ звать, какое сегодня число и пр., все это не удается больному; онъ сію же минуту забудетъ не только то, о чемъ съ вами говорилъ, но и о самомъ фактѣ разговора съ вами; забывая настоящее и не помня о послѣднихъ годахъ своей жизни, больной можетъ недурно или даже очень хорошо помнить остальную часть своей жизни, точно знать, когда онъ родился, гдѣ учился и пр. Если больной при вашемъ разспросѣ о томъ, какъ онъ проводилъ время, разсказываетъ вымышленныя исторіи, то надо замѣтить, что и эти конфабуляціи отличаются также монотонностью и стереотипностью. Какъ мы замѣтили выше, въ старческихъ или артеріосклеротическихъ случаяхъ Корсаковскаго психоза замѣтнаго улучшенія не бываетъ, амнезія остается почти безъ колебаній; иногда у больного появляются какія-нибудь отрывочныя бредовыя идеи. Каково же будетъ дальнѣйшее теченіе болѣзни и какихъ перемѣнъ можно ожидать въ этихъ случаяхъ? Это бы-

ваетъ различно. Спустя нѣкоторое время, въ общемъ болѣе или менѣе продолжительное, у одного больного, напр., присоединилось омертвѣніе пальца на ногѣ; гангрена прогрессировала, и больной вскорѣ погибъ. Въ другомъ случаѣ въ концѣ концовъ у больного обнаружились признаки размягченія въ области головного мозга, отъ чего онъ и умеръ.

б) *Случаи Корсаковскаго психоза съ паранойяльнымъ синдромомъ.* Въ нѣкоторыхъ случаяхъ полиневритическаго психоза и обыкновенно тамъ, гдѣ послѣ остраго начала наблюдается улучшеніе во всѣхъ отношеніяхъ, у больного обнаруживаются неожиданно новые симптомы бредового содержанія; память у наго улучшается, но одновременно съ этимъ онъ начинаетъ высказывать, напр., идеи преслѣдованія. Правда, такіе случаи Корсаковскаго психоза съ паранойяльнымъ синдромомъ рѣдки, и пока нельзя дать общей клинической картины подобныхъ случаевъ; поэтому, приходится, ради поясненія высказаннаго только что, привести примѣры. Вотъ, напр., случай такого рода. Больной, лѣтъ 34, представляетъ картину рѣзко выраженнаго Корсаковскаго психоза; служитъ въ качествѣ приказчика при одномъ большомъ торговомъ дѣлѣ; вина совсѣмъ не пьетъ. Заболѣваетъ онъ года 3—4 тому назадъ тифозной горячкой; первый приступъ этой болѣзни онъ перенесъ; вскорѣ у него обнаруживается второй приступъ той же инфекціонной болѣзни, вслѣдъ за которымъ появляется душевное разстройство въ сочетаніи съ рѣзкими признаками множественнаго неврита. Сознаніе больного приходитъ тогда въ нѣкоторое замѣшательство, но опредѣленныхъ симптомовъ растерянности и спутанности не было. Съ физической стороны у него отмѣчалось: отсутствіе колѣнныхъ рефлексовъ, слабость въ ногахъ; одно время была весьма замѣтная атрофія въ области икроножныхъ мышцъ. Въ началѣ заболѣванія больной жаловался еще на двоеніе въ глазахъ, что̀, впрочемъ, скоро прошло. Въ числѣ психическихъ признаковъ у больного бросалась въ глаза прежде всего забывчивость по отношенію къ текущимъ и недавнимъ событіямъ; больной не помнилъ почти или помнилъ очень смутно, какъ

онъ заболѣлъ тифозной горячкой, особенно вторымъ приступомъ. Когда ему напоминали, какъ было дѣло, онъ кое-что какъ будто припоминалъ. Онъ забывалъ или помнилъ неувѣренно дни, числа; такъ какъ въ данномъ случаѣ не было глубокаго психическаго разстройства, то не было и ложныхъ воспоминаній; не было амнезіи по отношенію нѣсколькимъ послѣднимъ годамъ, какъ это бываетъ въ типическихъ или старческо-артеріосклеротическихъ случаяхъ Корсаковскаго психоза. Больной не ошибался почти въ опредѣленіи мѣсяца, а годъ помнилъ повидимому твердо. Будучи человѣкомъ физически крѣпкимъ до заболѣванія, не злоупотребляя до этого спиртными напитками, больной сталъ быстро оправляться; психическое состояніе его стало улучшаться, хотя медленно-медленно; память становилась все тверже и крѣпче; больной припомнилъ многое изъ начальнаго періода болѣзни. Слабость въ ногахъ стала уменьшаться, икроножныя мышцы окрѣпли и сдѣлались болѣе упругими; не было колѣнныхъ рефлексовъ довольно долгое время, но потомъ и они появились. Несмотря на то, что улучшеніе въ психическомъ отношеніи подвигалось все время впередъ, однако память больного была весьма далека еще отъ его прежней памяти. Больной началъ даже заниматься своимъ прежнимъ дѣломъ; но тутъ обнаружилось, что вести привычное для него дѣло въ прежнемъ размѣрѣ для него было невозможно,—этому мѣшала оставшаяся слабость памяти; чтобы нѣсколько помогать себѣ, больной часто дѣлалъ записи въ книжкѣ, чего до болѣзни онъ никогда не дѣлалъ, такъ какъ былъ въ состояніи удерживать въ головѣ массу мелочей, относящихся къ его занятію. При утомленіи и при напряженіи вниманія забывчивость у него теперь обнаруживалась еще рѣзче. Возможно, что нѣкоторые изъ товарищей по службѣ, не понимая непріятнаго положенія больного, который самъ тяготился своею слабостью памяти, подтрунивали и подсмѣивались надъ нимъ, когда онъ что-нибудь забывалъ. Больной жаловался женѣ, возвращаясь домой со службы, что надъ нимъ тамъ иногда смѣются; затѣмъ онъ сталъ говорить, что нѣкоторыя лица хотятъ воспользоваться

его болѣзненнымъ состояніемъ и сдѣлать ему непріятность. Позднѣе больной сталъ высказывать мысли несомнѣнно бредового содержанія. Ему стало уже казаться, что больше всего желаетъ причинить ему непріятность и сдѣлать зло его прежній пріятель; ему стало думаться даже, что тотъ хочетъ его убить, и больной сталъ бояться его. Однажды, отдыхая въ деревнѣ лѣтомъ, больной получилъ ожоги отъ солнца на спинѣ, случайно мало защищенной отъ палящихъ лучей его; и вотъ онъ рѣшилъ, что причиною этихъ ожоговъ не солнце, а козни со стороны его прежняго друга; этотъ послѣдній, казалось ему, изъ злого умысла пропиталъ чѣмъ-то ядовитымъ простыню, съ которою онъ, больной, пошелъ купаться. Когда больного увѣряли, что этого быть не можетъ, онъ невполнѣ съ такими соображеніями соглашался и оставался при своемъ мнѣніи. Даже больше,—сохраняя убѣжденіе, что его прежній пріятель дѣлаетъ ему разныя непріятности, онъ гдѣ-то будто бы наводилъ справки о своемъ врагѣ и гдѣ-то будто бы его увѣряли, что тотъ человѣкъ злой, дурныхъ нравственныхъ качествъ и т. п., и что будто бы и его мать также злая женщина, и даже вѣдьма. Несомнѣнно, въ данномъ случаѣ мы имѣемъ паранойяльный синдромъ, обнаружившійся у больного, страдающаго легкой формой Корсаковскаго психоза; этотъ синдромъ является самостоятельно и не стоитъ въ прямой и видимой связи съ ослабленіемъ памяти; онъ имѣетъ, думается намъ, такое же автономное существованіе, какъ и амнезія, но онъ лишь обнаруживается позднѣе и развивается не всегда и лишь въ рѣдкихъ случаяхъ Корсаковскаго психоза. Интересно, что въ приведенномъ наблюденіи паранойяльный синдромъ обнаружился тогда, когда психическое состояніе больного улучшалось и продолжало улучшаться. Или вотъ еще случай Корсаковскаго психоза съ паранойяльнымъ синдромомъ. Больной—45—47 лѣтъ; онъ давно началъ употреблять спиртные напитки; пилъ сначала, какъ это обыкновенно бываетъ, понемногу въ компаніи, непостоянно; потомъ онъ сталъ пить все больше и больше и все чаще и чаще. Несмотря на это больной продолжалъ заниматься своимъ

дѣломъ. Однако, почему-то иногда онъ мѣнялъ характеръ своихъ занятій. Впослѣдствіи, когда больной сталъ пить много, ему приходилось выпивать въ день и не одну бутылку водки. Такое злоупотребленіе спиртными напитками кончилось для нашего больного тѣмъ, что у него развился множественный невритъ и соотвѣтствующее ему душевное разстройство въ формѣ Корсаковскаго психоза. У больного была тогда слабость въ конечностяхъ, особенно въ ногахъ, боли въ нихъ; онъ не могъ въ то время ходить. Что касается психическихъ симптомовъ, то они сводились въ общемъ къ легкой формѣ полиневритическаго психоза. Вначалѣ наблюдалось у него нѣкоторая растерянность и замѣшательство, скоро сгладившіяся; осталось разстройство памяти въ видѣ забывчивости по отношенію къ текущимъ и недавнимъ событіямъ. Сначала быстрѣе, а потомъ все медленнѣе и медленнѣе больной сталъ оправляться какъ въ физическомъ, такъ и въ психическомъ отношеніи. Память улучшилась; больной сталъ постепенно физически крѣпче, могъ ходить безъ посторонней помощи; колѣнныхъ же рефлексовъ не было. Спустя года два послѣ начала болѣзни больной рѣшилъ искать занятій и поступилъ на должность учителя; это дѣло было ему знакомо еще прежде; давать уроки ему было нетрудно, такъ какъ забывчивость его касалась текущихъ и самыхъ недавнихъ событій; все то, что было давно, и все, что онъ зналъ съ молодыхъ лѣтъ, онъ помнилъ, конечно, хорошо. Но тутъ особенно рѣзко и характерно обнаружились дефекты въ его психикѣ: хорошо объясняя данный урокъ, онъ забывалъ, что именно задавалъ ученикамъ; эти послѣдніе не упустили случая, разумѣется, воспользоваться забывчивостью учителя въ выгодную для нихъ сторону. Въ концѣ концовъ, забывчивость, однако, настолько мѣшала больному заниматься дѣломъ этимъ, что онъ былъ принужденъ оставить его. Вскорѣ онъ, впрочемъ, взялъ себѣ новое занятіе, которое при помощи жены велъ не безъ труда. Спустя лѣтъ 6—7 послѣ начала болѣзни, у него обнаруживаются новые психическіе симптомы: появляет-

ся подозрительность, непріятное настроеніе, бредовыя идеи съ характеромъ преслѣдованія; будучи помѣщенъ въ ту же лѣчебницу, гдѣ онъ былъ въ началѣ заболѣванія, онъ вскорѣ оправился и вернулся домой, принявшись за дѣло, съ которымъ онъ справлялся кое-какъ при помощи другихъ. Забывчивость по отношенію къ текущимъ и недавнимъ событіямъ оставалась все время. Позднѣе нѣсколько у больного снова обнаруживается остро-паранойяльная вспышка; онъ становится подозрительнымъ, недовѣрчивымъ: иногда разсказывалъ, что его обокрали въ дорогѣ, чего на самомъ дѣлѣ не было; онъ подозрительно относился ко всѣмъ почти окружающимъ; боялся, что его могутъ убить или казнить; вмѣстѣ съ тѣмъ онъ и самъ взводилъ на себя разныя небылицы. Многое изъ того, что происходидо вокругъ, онъ неправильно и болѣзненнымъ образомъ объяснялъ. При поступленіи въ одно изъ психіатрическихъ заведеній были констатированы у него, между прочимъ, слѣдующія явленія: больной жалуется на дурное настроеніе; онъ говоритъ, что и радоваться ему нечего, что ему предстоитъ смертная казнь за какія-то преступленія, имъ будто бы совершенныя; онъ увѣренъ, что, будучи еще дома, видѣлъ приготовленія къ этому, видѣлъ висѣлицу, которую дѣлали для него. Онъ говорилъ, что жена его должна скоро выйти замужъ во второй разъ за кого-то или что это уже совершилось. Когда ему говорили, что онъ напрасно безпокоится о своемъ положеніи, онъ съ грустной улыбкой отвѣчалъ, что этимъ его только успокоиваютъ. При встрѣчѣ съ врачами больной обыкновенно прощался и говорилъ, что его болѣе не увидятъ, такъ какъ онъ скоро будетъ казненъ. Кромѣ того, у больного были выражены довольно рѣзко симптомы бредового толкованія того, что происходило вокругъ. Наприм., подаются къ обѣду блины, больной полагаетъ, что это дѣлается съ тою цѣлью, чтобы онъ понялъ, что это соотвѣтствуетъ его поминкамъ. Узнавъ, что одинъ изъ больныхъ жалуется врачу на то, что его безпокоитъ музыка какая-то, больной нашъ сталъ утверждать, что эта музыка приготовляется, чтобы играть при его

казни, что нужно будто бы для „большаго эффекта“. Увидя изъ окна бѣгающихъ въ огородѣ собакъ, больной говоритъ, что ихъ собрали сюда для того, чтобы онѣ растерзали его тѣло, послѣ того какъ онъ будетъ казненъ и т д. Уже этихъ фактовъ достаточно, чтобы говорить о томъ, что признаки бредового толкованія выражены здѣсь вполнѣ опредѣленно и входятъ въ общую картину паранойяльнаго синдрома. Иногда у больного бывали и обманы со стороны органовъ чувствъ, именно со стороны слуха. Больной однажды опредѣленно говорилъ, что въ коридорѣ кто-то изъ окружающихъ громко и отчетливо перечислялъ всѣ его грѣхи, проступки и преступленія. Но помимо паранойяльнаго синдрома въ данномъ случаѣ наблюдались и характерные признаки, соотвѣтствующіе Корсаковскому психозу. У больного можно было отмѣтить нѣкоторую забывчивость по отношенію къ текущимъ событіямъ и къ событіямъ со времени его заболѣванія. Ему было трудно запомнить день, число: онъ ошибался иногда въ опредѣленіи мѣсяца и года даже; не могъ припомнить точно, какъ и съ кѣмъ онъ пріѣхалъ изъ дому, какъ поступилъ въ больницу. Когда его спрашивали, послѣ того какъ онъ пообѣдалъ, что подавалось за столомъ, онъ, спустя короткое время, не могъ уже отвѣтить на этотъ вопросъ. Ему не удавалось сразу запомнить именъ лицъ, съ которыми ему чаще всего приходилось имѣть дѣло въ больницѣ. То, что было до болѣзни, особенно задолго до нея, то больной помнилъ довольно хорошо, не отличаясь въ этомъ отношеніи отъ нѣкоторыхъ здоровыхъ людей. Начиная же со времени своего заболѣванія, онъ въ общемъ плохо припоминаетъ то, что было съ тѣхъ поръ, т.-е., за послѣднія 7 или 8 лѣтъ. Онъ знаетъ, что онъ два раза былъ въ больницѣ и въ какой именно, но невѣрно опредѣляетъ годъ, когда онъ заболѣлъ и поступилъ въ больницу; ему думается, что это было года 3 или 4 тому назадъ. Онъ помнитъ имена нѣкоторыхъ изъ врачей той больницы. Когда спрашивали у больного, что онъ подѣлывалъ дома за послѣднее время, чѣмъ занимался, то онъ начиналъ разсказывать, что онъ любилъ заниматься въ часы

досуга физическимъ трудомъ по дому, что онъ любилъ носить воду, колоть дрова и пр.; оказывается, что онъ ошибается въ своихъ воспоминаніяхъ, что онъ давно этимъ не занимается, что онъ и изъ дому-то почти за послѣднее время не выходилъ; такимъ образомъ, въ данномъ случаѣ можно говорить о ложныхъ воспоминаніяхъ и о пріурочиваніи того, что было прежде, къ недавнему времени. Нѣкоторыя изъ ложныхъ воспоминаній перепутывались у больного съ бредовыми идеями. Такъ, онъ разсказывалъ, что къ нему въ больницу будто бы приходила жена, что она крупно съ нимъ поговорила и объявила ему, что она выходитъ замужъ, назвавъ то лицо, съ которымъ она думаетъ повѣнчаться. Говоритъ больной объ этомъ увѣренно и не хочетъ даже вѣрить тому, что онъ ошибается. Еще онъ разсказывалъ о томъ, что жена, пріѣхавши сюда, взяла у него его новые сапоги, оставивъ ему вмѣсто этого рваныя калоши; и это ложное воспоминаніе было связано, повидимому, съ бредовыми идеями преслѣдованія со стороны жены. Спустя нѣкоторое время больному стало получше; настроеніе у него измѣнилось, и онъ сдѣлался благодушнымъ, болѣе веселымъ, пересталъ говорить о предстоящей казни; но нѣкоторыя изъ бредовыхъ идей относительно жены, повидимому, остались; но больной ихъ гораздо охотнѣе скрывалъ, чѣмъ говорилъ о нихъ; иногда онъ даже отказывался отъ нихъ; но получалось такое впечатлѣніе, что онъ дѣлалъ это только на словахъ, чтобы освободиться поскорѣе отъ разговора на эту тему. Такимъ образомъ въ данномъ случаѣ мы имѣли довольно рѣзко выраженный паранойяльный синдромъ; этотъ послѣдній обнаружился спустя нѣсколько лѣтъ послѣ начала Корсаковскаго психоза; онъ развился въ теченіе этого психоза. Мы полагаемъ, что этотъ синдромъ развился не на почвѣ ложныхъ воспоминаній и слабости памяти вообще, а на почвѣ той аутоинтоксикаціи, которая выражается въ формѣ cerebropathia psychica toxaemica. Разстройство памяти при полиневритическомъ психозѣ не исчерпываетъ всей клинической картины, составляя лишь одинъ изъ симптомовъ ея.

в) *Случаи Корсаковскаго психоза съ размягченіемъ въ области различныхъ отдѣловъ головного мозга.* Въ нѣкоторыхъ случаяхъ полиневритическаго психоза въ теченіе болѣзни наблюдаются признаки, указывающіе на появленіе размягченія въ томъ или другомъ отдѣлѣ головного мозга; эти симптомы могутъ обнаружиться или вскорѣ послѣ начала Корсаковскаго психоза, или спустя долгое и продолжительное время послѣ его начала; они вовсе не исключаютъ данной болѣзненной формы, входя въ ея клиническія рамки. Этимъ мы не хотимъ сказать, что всякое размягченіе въ области головного мозга есть уже симптомъ Корсаковскаго психоза; мы лишь хотѣли бы обратить вниманіе на то, что въ теченіе Корсаковскаго психоза могутъ быть и размягченія въ области головного мозга, такъ какъ cerebropathia psychica toxaemica является весьма удобной почвой для развитія размягченія; при полиневритическомъ психозѣ, страданіи аутоинтоксикаціонномъ, существуетъ неустойчивость со стороны сосудовъ, что даетъ не только мелкіе очаги размягченія, но и крупные, иногда весьма обширные. Что касается клиническихъ симптомовъ въ этихъ случаяхъ, т.-е. въ случаяхъ Корсаковскаго психоза съ размягченіями въ области головного мозга, то надо замѣтить, что признаки размягченія выражаются не одинаково въ различныхъ случаяхъ, и это зависитъ отъ локализаціи его. Размягченіе въ области стволовой части головного мозга, подъ центральнымъ каналомъ, даетъ одни симптомы, размягченіе же въ области большихъ полушарій—другіе. На клинической картинѣ различныхъ размягченій головного мозга мы не будемъ здѣсь останавливаться, потому что это относится уже главнымъ образомъ къ нервнымъ болѣзнямъ, гдѣ они и разсматриваются подробно. Намъ же остается указать еще, что эти энцефалиты обнаруживаются въ теченіе Корсаковскаго психоза обыкновенно неожиданно и предсказать появленіе ихъ обыкновенно нельзя. Они могутъ быть и въ алкогольныхъ формахъ полиневритическаго психоза, и въ старческо-артеріосклеротическихъ; ихъ слѣдуетъ опасаться скорѣе въ преклонномъ возрастѣ или, во всякомъ случаѣ, не въ моло-

домъ. Въ легкихъ формахъ Корсаковскаго психоза размягченій въ области большихъ полушарій можно не опасаться, повидимому.

г) *Случаи Корсаковскаго психоза въ сочетаніи съ душевнымъ разстройствомъ другого рода.* Иногда приходится наблюдать, что полиневритическій психозъ развивается у индивидуума, уже страдающаго другою душевною болѣзнію, напр., острымъ меланхолическимъ психозомъ. Такъ, напр., въ одномъ случаѣ у женщины 45—47 лѣтъ, у которой обнаружился острый меланхолическій психозъ въ ажитированной формѣ, присоединился въ теченіе его карбункулъ, давшій картину септикопіэміи; у больной быстро появились симптомы полиневрита и Корсаковскаго психоза. При такой комбинаціи двухъ различныхъ психозовъ, функціональнаго и органическаго, перевѣсъ остался на сторонѣ послѣдняго; тоскливо - ажитированное состояніе у больной при появленіи полиневритическаго психоза быстро измѣнилось; она сдѣлалась благодушнѣе и покойнѣе; но въ то же время у нея можно было видѣть тѣ признаки, которые характерны для Корсаковскаго психоза: забывчивость, много ложныхъ воспоминаній. Измѣненіе клинической картины въ данномъ случаѣ съ несомнѣнною очевидностью совпало съ развитіемъ полиневрита, при чемъ надо замѣтить, что послѣдній былъ выраженъ весьма рѣзко и могъ быть констатированъ при микроскопическомъ изслѣдованіи, такъ какъ больная умерла вскорѣ послѣ того, какъ у нея обнаружилось множественное пораженіе периферическихъ нервныхъ стволовъ.

д) Возможна *комбинація мозговой опухоли и Корсаковскаго психоза.* Теоретически возможно представить себѣ такой случай гдѣ cerebropathia psychica toxaemica развивается на почвѣ мозговой опухоли, служащей причиной аутоинтоксикаціи. Но о такой комбинаціи мы говоримъ лишь предположительно, такъ какъ не имѣется случаевъ, доказывающихъ это положительно и закончившихся обстоятельнымъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ.

ГЛАВА ПЯТАЯ.

Дифференціальная діагностика между Корсаковскимъ психозомъ и аменціей Мейнерта. — Дифференціальная діагностика между Корсаковскимъ психозомъ и бѣлою горячкою.

Въ виду того, что дифференціальная діагностика Корсаковскаго психоза представляетъ нѣкоторыя затрудненія, мы остановимся на ней подробнѣе и посмотримъ, какія душевныя болѣзни нужно здѣсь имѣть въ виду.

Мы выше говорили уже о томъ, что Корсаковскій психозъ начинается съ растерянности, замѣшательства сознанія, съ симптомовъ, напоминающихъ *острую спутанность сознанія или аменцію Мейнерта*. Поэтому въ тѣхъ случаяхъ полиневритическаго психоза, гдѣ въ начальномъ періодѣ симптомы спутанности выражены болѣе или менѣе рѣзко и гдѣ картина болѣзни не обрисовалась еще опредѣленно, нужно ставить себѣ вопросъ и о томъ, не имѣемъ ли дѣло съ аменціей, какъ особой болѣзненной формой. Иногда поставить вначалѣ правильное распознаваніе вовсе не такъ легко, какъ это могло бы казаться съ перваго взгляда. При аменціи на первомъ планѣ стоитъ разстройство въ сочетаніи идей и проистекающая отсюда неспособность сосредоточивать вниманіе, понять то, что происходитъ вокругъ, неспособность дать связный отвѣтъ иногда на самый простой вопросъ; при Корсаковскомъ психозѣ скорѣе всего можно говорить о замѣшательствѣ сознанія, при чемъ больной можетъ давать правильные отвѣты на предлагаемые вопросы, такъ какъ у него вниманіе разстроено въ меньшей степени,

чѣмъ у индивидуума, страдающаго аменціей Мейнерта. При полиневритическомъ психозѣ, даже если у больного и существуютъ симптомы растерянности, легко подмѣтить разстройство памяти въ формѣ забывчивости того, что дѣлается вокругъ, и въ формѣ ложныхъ воспоминаній. Разговаривать съ больнымъ, у котораго наблюдается острая спутанность или аменція Мейнерта, довольно трудно или иногда и совсѣмъ невозможно, между тѣмъ какъ при Корсаковскомъ психозѣ съ больнымъ можно говорить, если не о настоящемъ и недавнемъ, то, по крайней мѣрѣ, о томъ, что было давно. Безсвязность аментика глубже и съ внѣшней стороны больше бросается въ глаза, чѣмъ безсвязность при Корсаковскомъ психозѣ. Если больной, страдающій полиневритическимъ душевнымъ разстройствомъ, не оріентируется во времени и мѣстѣ, то, съ другой стороны, онъ можетъ правильно сравнительно опредѣлять иногда положеніе отдѣльныхъ лицъ, имѣющихъ къ нему отношеніе въ данное время; онъ отличаетъ врача, напр., отъ другихъ окружающихъ. Наоборотъ, аментикъ имѣетъ совсѣмъ неправильное и бредовое представленіе объ окружающихъ его лицахъ; аментикъ живетъ въ мірѣ фантазій и грезъ, переносясь иногда мысленно изъ настоящаго времени во времена глубокой древности и даже теряя связь съ землею, больной же съ Корсаковскимъ психозомъ лишь забываетъ о настоящемъ и недавнемъ, воображая, что онъ живетъ въ той обстановкѣ и при тѣхъ условіяхъ, которыя имѣли мѣсто нѣсколько лѣтъ тому назадъ.

Далѣе, при аменціи иллюзіи и галлюцинаціи нерѣдко обильны, разнообразны и могутъ касаться всѣхъ органовъ чувствъ; наоборотъ, при Корсаковскомъ психозѣ обманы со стороны органовъ чувствъ наблюдаются, какъ мы указывали выше, лишь при алкогольныхъ формахъ, гдѣ они носятъ особый отпечатокъ, особый характеръ и гдѣ они касаются преимущественно органа зрѣнія; такого рода галлюцинаціи, т.-е. зрительно-алкогольныя, яркія, заставляютъ скорѣе думать не объ аменціи, а о бѣлой горячкѣ, о чемъ будетъ рѣчь ниже. Если галлюцинаціи и встрѣчаются при Корсаковскомъ психозѣ алкогольнаго происхожде-

нія, то онѣ вовсе не характерны для этого психоза, развивающагося въ зависимости отъ другихъ этіологическихъ моментовъ; даже надо сказать, что ихъ въ этихъ послѣднихъ случаяхъ не бываетъ, повидимому, или онѣ такъ мимолетны, нерѣзки, отрывочны, что проходятъ незамѣченными.

Такимъ образомъ, при Корсаковскомъ психозѣ можно говорить не объ аменціи, дающей затѣмъ картину этого психоза, не о томъ, что аменція перешла въ полиневритическій психозъ, а объ аментивномъ періодѣ даннаго психоза. Едва ли слѣдуетъ смотрѣть на Корсаковскій психозъ какъ на одинъ изъ подвидовъ аменціи Мейнерта или острой спутанности сознанія, и вотъ почему. *Во-первыхъ*, необходимо отличать аментивное состояніе отъ аменціи, какъ особой болѣзненной формы: аментивное состояніе можетъ наблюдаться при самыхъ разнообразныхъ душевныхъ болѣзняхъ; оно встрѣчается и при прогрессивномъ параличѣ, и при старческомъ слабоуміи, и при маніи, и при меланхоліи и т. д.; оно можетъ наблюдаться и при Корсаковскомъ психозѣ, и существованіе этого синдрома при данномъ психозѣ нисколько не говоритъ противъ самостоятельности Корсаковскаго психоза и не даетъ права относить послѣдній къ группѣ аменцій. *Во-вторыхъ*, при аменціи спутанность сознанія является основнымъ симптомомъ; она составляетъ тамъ, такъ сказать, сущность болѣзни; она наблюдается тамъ почти въ теченіе всей болѣзни; проходитъ спутанность, и мы говоримъ о томъ, что и болѣзнь исчезаетъ. Наоборотъ, при Корсаковскомъ психозѣ признаки растерянности и замѣшательства сознанія бываютъ сравнительно короткое время, вскорѣ уступая мѣсто тѣмъ симптомамъ, которые являются характерными для Корсаковскаго психоза. *Въ-третьихъ*, аменція длится болѣе короткое время, и продолжительность ея считается обыкновенно мѣсяцами; Корсаковскій психозъ относится къ разряду болѣзней затяжныхъ, продолжительность которыхъ можно считать годами, такъ какъ въ теченіе долгаго времени наблюдается медленное улучшеніе. *Въ-четвертыхъ*, аменція въ большинствѣ случаевъ оканчивается выздоровленіемъ, оставляя

иногда въ психикѣ тѣ или другіе частичные дефекты; аменція есть острая и большею частью излѣчимая болѣзнь, съ сравнительно хорошей прогностикой. Корсаковскій же психозъ даетъ дурное предсказаніе; полное выздоровленіе въ этихъ случаяхъ, въ огромномъ большинствѣ ихъ, если не всегда, сомнительное.

При дифференціальной діагностикѣ между аменціей и Корсаковскимъ психозомъ слѣдуетъ руководствоваться также и признаками, указывающими на органическое пораженіе нервной системы. Въ продромальномъ періодѣ полиневритическаго психоза бываетъ почти всегда рвота, иногда упорная; при аменціи этого симптома обыкновенно не бываетъ. Наконецъ, важнымъ діагностическимъ признакомъ, указывающимъ на Корсаковскій психозъ, будетъ, конечно, пораженіе периферическихъ нервныхъ стволовъ; этотъ признакъ долженъ наводить на мысль о томъ, не имѣемъ ли мы дѣло съ Корсаковскимъ психозомъ. Обнаруживши явленія множественнаго неврита, можно иногда убѣдиться въ томъ, что существуютъ признаки душевнаго разстройства, ему соотвѣтствующаго; иногда бываетъ такъ, что характерные для Корсаковскаго психоза симптомы просматриваются, и лишь констатированіе полиневрита помогаетъ замѣтить ошибки и неполноту въ произведенномъ изслѣдованіи психическаго состоянія.

Впрочемъ, нужно замѣтить, что существованіе полиневрита не указываетъ обязательно на то, что мы имѣемъ дѣло непремѣнно съ Корсаковскимъ психозомъ. Встрѣчаются острые психозы, съ характеромъ спутанности, гдѣ наблюдается, между прочимъ, и страданіе нервныхъ периферическихъ стволовъ и гдѣ нельзя говорить о Корсаковскомъ психозѣ. Для того, чтобы поставить діагностику послѣдняго, слѣдуетъ убѣдиться въ томъ, что имѣемъ налицо характерное сочетаніе симптомовъ полиневрита и психическихъ признаковъ, на описаніи которыхъ мы останавливались такъ подробно. Этимъ мы хотѣли бы сказать, что не всякую спутанность сознанія въ сочетаніи съ пораженіемъ периферическихъ нервовъ нужно непремѣнно относить къ Корсаковскому психозу.

Дифференціальная діагностика между *Корсаковскимъ психозомъ и бѣлой горячкой* будетъ касаться, какъ это понятно само собою, алкогольныхъ формъ его. Если въ случаяхъ полиневритическаго психоза алкогольнаго происхожденія наблюдаются иногда симптомы, похожіе на бѣлую горячку, то это не даетъ еще права полагать, что здѣсь бѣлая горячка перешла въ Корсаковскій психозъ или что послѣдній развился изъ delirium tremens; этого недостаточно также и для того, чтобы считать, что Корсаковскій психозъ поглощается понятіемъ о бѣлой горячкѣ, подобно тому какъ нельзя, по нашему мнѣнію, относить его къ аменціи Мейнерта только потому, что въ началѣ его наблюдается аментивное состояніе. Во многихъ случаяхъ довольно легко поставить правильную діагностику Корсаковскаго психоза и убѣдиться въ томъ, что имѣемъ дѣло съ нимъ, а не съ часто встрѣчающеюся бѣлою горячкою; это сдѣлать тѣмъ легче, чѣмъ больше времени прошло отъ начала заболѣванія и чѣмъ, слѣдовательно, рѣзче обозначились характерные признаки полиневритическаго психоза. Иногда, особенно въ самомъ начальномъ періодѣ Корсаковскаго психоза, весьма трудно сказать, разовьется ли Корсаковскій психозъ или дѣло ограничится бѣлою горячкою. Но обыкновенно дальнѣйшее теченіе скоро точно покажетъ, въ чемъ дѣло. Большое діагностическое значеніе имѣютъ симптомы полиневрита. Начало Корсаковскаго психоза алкогольнаго происхожденія съ бѣлогорячечныхъ признаковъ не исключаетъ возможности смотрѣть на него какъ на самостоятельную болѣзненную форму, и въ доказательство этого можно привести слѣдующія соображенія. *Во-первыхъ*, бѣлогорячечный синдромъ можетъ наблюдаться въ теченіе самыхъ разнообразныхъ душевныхъ болѣзней; напр., имъ можетъ дебютировать затяжной алкогольный бредъ; онъ можетъ встрѣчаться и при прогрессивномъ параличѣ, и при dementia praecox и пр. Нѣтъ ничего удивительнаго въ томъ, что этотъ синдромъ обнаруживается въ началѣ Корсаковскаго психоза алкогольнаго происхожденія. *Во-вторыхъ*, бѣлая горячка, какъ опредѣленная форма болѣзни, имѣетъ опредѣленное теченіе; это—

болѣзнь острая; она не оставляетъ послѣ себя явныхъ дефектовъ. Корсаковскій же психозъ относится къ категоріи болѣзней, дающихъ неблагопріятное предсказаніе въ смыслѣ restitutio ad integrum; это—болѣзнь длительная. *Въ-третьихъ*, включая Корсаковскій психозъ въ рамки бѣлой горячки, мы этимъ самымъ должны измѣнить вполнѣ опредѣленное представленіе о бѣлой горячкѣ, ея симптоматологію и расширить границы понятія о delirium tremens. *Въ-четвертыхъ*, становясь на ту точку зрѣнія, что Корсаковскій психозъ относится къ бѣлой горячкѣ, мы не будемъ знать, какъ намъ классифицировать случаи полиневритическаго психоза, развивающіеся отъ другихъ этіологическихъ моментовъ,—случаи, гдѣ алкоголь не играетъ никакой роли и гдѣ, вообще, объ алкоголизмѣ не можетъ быть и рѣчи.

Какіе же случаи бѣлой горячки, одного изъ самыхъ частыхъ алкогольныхъ психозовъ, могутъ подавать поводъ думать, не кроется ли за бѣлогорячечнымъ синдромомъ Корсаковскій психозъ? Какими особенностями должны отличаться эти случаи delirium tremens? Наблюденіе показываетъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ хроническаго алкоголизма, повидимому, у лицъ дегенеративныхъ можетъ обнаружиться приступъ бѣлой горячки, обыкновенно не первый, въ теченіе котораго у больного, при сравнительно ясномъ сознаніи, наблюдается разстройство памяти, напоминающее таковое при Корсаковскомъ психозѣ; напр., такой больной, бесѣдуя съ вами, разсказываетъ благодушно небылицы о томъ, гдѣ онъ только что былъ; онъ забываетъ то, что было недавно или только-что, не будучи въ состояніи сказать, откуда и куда онъ пріѣхалъ. При изслѣдованіи можетъ оказаться, что васъ онъ принимаетъ за своего прежняго и давняго знакомаго, выдумывая небылицы о томъ, когда и гдѣ онъ съ вами познакомился. Въ то же время у больного существуетъ неспособность оріентироваться во времени. Однимъ словомъ, у больного констатируется клиническій симптомокомплексъ, напоминающій сочетаніе признаковъ, встрѣчающееся при Корсаковскомъ психозѣ. Что же должно служить точкою опоры при дифференціальной діагностикѣ такихъ случаевъ?

Намъ думается, что здѣсь нужно руководствоваться слѣдующими соображеніями. Явленія трясенія при бѣлой горячкѣ выражены всегда значительно рѣзче, чѣмъ при Корсаковскомъ психозѣ; для послѣдняго характерны скорѣе не признаки повышенной возбудимости, а симптомы обратные, симптомы угнетенія двигательной сферы. Въ то время, какъ больной, страдающій бѣлой горячкою, весь трясется, въ то время какъ у него дрожитъ сильно языкъ, дрожатъ руки, полиневритикъ-алкоголикъ поражаетъ васъ тѣмъ, что у него эти признаки, несмотря на сильное злоупотребленіе спиртными напитками, могутъ быть весьма слабы или совсѣмъ почти отсутствуютъ, уступая мѣсто явленіямъ параличнымъ. При delirium tremens психика больного болѣе впечатлительная, болѣе ажитированная, чѣмъ при Корсаковскомъ психозѣ; полиневритикъ выглядитъ болѣе равнодушнымъ и спокойнымъ, болѣе апатичнымъ и индифферентнымъ.

Весьма важное діагностическое значеніе имѣетъ состояніе колѣнныхъ рефлексовъ; повышеніе ихъ, особенно рѣзкое, говоритъ въ пользу бѣлой горячки, хотя надо имѣть въ виду, что этотъ симптомъ можетъ наблюдаться иногда и въ случаяхъ Корсаковскаго психоза.

Существованіе болей въ конечностяхъ, самостоятельныхъ или обнаруживающихся при давленіи, имѣетъ, намъ думается, относительное значеніе при дифференціальной діагностикѣ между Корсаковскимъ психозомъ и бѣлою горячкою; нѣкоторые изъ больныхъ, страдающихъ бѣлой горячкой, жалуются на боли въ рукахъ или ногахъ; иногда эти боли вы констатируете при давленіи. Этотъ признакъ при бѣлой горячкѣ быстро проходитъ, являясь нестойкимъ. Этимъ мы хотѣли бы обратить вниманіе на то, что при нѣкоторомъ сходствѣ въ симптомокомплексахъ при бѣлой горячкѣ и при Корсаковскомъ психозѣ упомянутыя только что боли въ конечностяхъ не должны непремѣнно склонять васъ къ діагностикѣ послѣдняго.

ГЛАВА ШЕСТАЯ.

Дифференціальная діагностика между Корсаковскимъ психозомъ и алкогольными амнезіями.—Дифференціальная діагностика между Корсаковскимъ психозомъ и старческимъ слабоуміемъ. — Дифференціальная діагностика между Корсаковскимъ психозомъ и душевнымъ разстройствомъ при церебральномъ артеріосклерозѣ.—Дифференціальная діагностика между Корсаковскимъ психозомъ и душевнымъ разстройствомъ при мозговой опухоли.

Переходимъ теперь къ *дифференціальной діагностикѣ между Корсаковскимъ психозомъ и алкогольными амнезіями.* Понятно само собою, что и здѣсь, какъ и при дифференціальной діагностикѣ между Корсаковскимъ психозомъ и бѣлою горячкой, мы будемъ имѣть въ виду исключительно случаи полиневритическаго психоза алкогольнаго происхожденія. Выше мы указывали на то, что начало болѣзни при алкогольномъ Корсаковскомъ психозѣ не бываетъ такъ рѣзко и такъ очевидно для всѣхъ окружающихъ больного, какъ это бываетъ при cerebropathia psychica toxaemica, которая развивается въ связи съ другими этіологическими моментами (желтуха, тифозная горячка и пр.). Это обстоятельство, какъ извѣстно, служило и можетъ служить и теперь поводомъ съ смѣшенію алкогольныхъ психическихъ измѣненій и полиневритическихъ. Поэтому, необходимо подробнѣе остановиться на дифференціальной діагностикѣ между тѣми и другими измѣненіями. При хроническомъ алкоголизмѣ, длительномъ и большомъ, развиваются у многихъ лицъ психическія измѣненія въ формѣ такъ называемой алкогольной дегенераціи; среди этихъ послѣднихъ, между прочимъ,

обыкновенно бываетъ и разстройство памяти; нерѣдко и окружающіе замѣчаютъ, что память у больного стала хуже, чѣмъ прежде, что онъ сдѣлался забывчивымъ и разсѣяннымъ; иногда это ослабленіе памяти бываетъ довольно значительнымъ и касается текущихъ событій больше, чѣмъ давнихъ. Конечно, дифференціальная діагностика между этими амнезіями и Корсаковскимъ психозомъ должна относиться лишь къ легкимъ формамъ послѣдняго. Типическіе случаи полиневритическаго психоза и тяжелые случаи его вовсе не могутъ подать повода думать объ алкогольной дегенераціи. Итакъ, чѣмъ же отличается сочетаніе психическихъ симптомовъ при легкихъ формахъ полиневритическаго психоза отъ сходнаго симптомокомплекса при алкогольной дегенераціи? При Корсаковскомъ психозѣ разстройство памяти выражено рѣзче, чѣмъ пораженіе другихъ душевныхъ способностей, причемъ амнезія является до нѣкоторой степени избирательнымъ пораженіемъ; при алкогольной дегенераціи ослабленіе памяти идетъ параллельно съ дефектами въ другихъ областяхъ психической жизни. Въ первомъ случаѣ основная личность больного сохраняется, во второмъ же случаѣ измѣняется характеръ больного и его моральныя качества понижаются. При алкогольной дегенераціи наблюдается нравственная тупость, безразличное отношеніе къ окружающимъ и близкимъ, отсутствіе заботы о другихъ; индивидуумъ такого рода становися эгоистичнымъ, альтруистическія побужденія у него падаютъ или исчезаютъ; онъ становится грубымъ, распущеннымъ, безстыднымъ, заботящимся только о собственномъ удовольствіи. Наоборотъ, больной, страдающій Корсаковскимъ психозомъ, благодушенъ, обыкновенно любезенъ, незлобивъ, вѣжливъ, правильно относится къ окружающимъ; у него нѣтъ тѣхъ моральныхъ дефектовъ, которые свойственны субъекту съ алкогольной дегенераціей.

Что касается развитія болѣзненнаго состоянія при алкогольной дегенераціи и при Корсаковскомъ психозѣ, то надо замѣтить, что тамъ оно медленно нарастаетъ, тамъ оно имѣетъ, если можно такъ выразиться, хроническое начало; здѣсь болѣзнь

развивается болѣе или менѣе остро, здѣсь удается обыкновенно опредѣлить, когда началась болѣзнь. Теченіе болѣзни при алкогольной дегенераціи и при полиневритическомъ психозѣ также различное; тамъ психическія измѣненія нарастаютъ, пока длится алкоголизмъ, причемъ съ прекращеніемъ его замѣтнаго улучшенія въ психическомъ состояніи больного не наблюдается и послѣдній, вслѣдствіе измѣненія личности, переходитъ въ категорію индивидуумовъ, иногда неспособныхъ къ труду; при cerebropathia psychica toxaemica, послѣ остраго періода, начинается улучшеніе, правда—медленное, но несомнѣнное, причемъ больному нерѣдко со временемъ оказывается возможнымъ заниматься прежнимъ и для него привычнымъ дѣломъ, чему способствуетъ его обыкновенно благодушная и незлобивая психика. Надо замѣтить еще, что пониманіе у больного, страдающаго Корсаковскимъ психозомъ, послѣ того какъ онъ оправится отъ остраго періода болѣзни, несравненно больше, чѣмъ у субъекта съ явленіями алкогольной дегенераціи; полиневритикъ, въ общемъ, менѣе слабоуменъ, чѣмъ тотъ больной, при чемъ надо замѣтить, что мы имѣемъ въ виду сейчасъ легкіе случаи Корсаковскаго психоза алкогольнаго происхожденія. Нѣкоторые случаи Корсаковскаго психоза, развивающіеся въ старческомъ возрастѣ, заставляютъ останавливаться *на дифференціальной діагностикѣ между Корсаковскимъ психозомъ и старческимъ слабоуміемъ*. При dementia senilis можетъ наблюдаться иногда симптомокомплексъ, имѣющій сходство съ сочетаніемъ клиническихъ признаковъ при полиневритическомъ психозѣ; тамъ также обнаруживается разстройство памяти въ формѣ рѣзкой забывчивости текущихъ и недавнихъ событій и ложныхъ воспоминаній. Больной, страдающій старческимъ слабоуміемъ, забывчивъ; объ одномъ и томъ же онъ можетъ разсказывать нѣсколько разъ, одинъ и тотъ же вопросъ онъ въ состояніи повторять много разъ, забывая, что ему на это отвѣчали. Событія давнія при dementia senilis могутъ помниться сравнительно порядочно, причемъ больной иногда вспоминаетъ такія мелочи, припоминаніе которыхъ всегда удивляетъ

родныхъ и окружающихъ. Несмотря на сходство сенильныхъ случаевъ полиневритическаго психоза и нѣкоторыхъ случаевъ старческаго слабоумія, между тою и другою формою имѣются существенныя различія. Тамъ, при dementia senilis, при глубокомъ разстройствѣ памяти существуетъ измѣненіе личности; больной становится эгоистичнымъ, его интересы мелки, узки; моральныя измѣненія въ это время очень рѣзки; больной грубъ съ окружающими, съ родными, сварливъ, иногда циниченъ, ходитъ небрежно одѣтымъ или полураздѣтымъ; онъ надоѣдливъ, придирчивъ, доставляетъ много хлопотъ ухаживающимъ за нимъ, часто высказываетъ мысли о томъ, что его обокрали, прячетъ около себя или носитъ съ собою вещи, не имѣющія особенной цѣны или совсѣмъ никому не нужныя, заботы, горе, усталость окружающихъ проходятъ мимо него, и онъ живетъ среди своихъ самыхъ мелочныхъ интересовъ; иногда больной такого рода высказываетъ нелѣпыя идеи величія или проявляетъ эротическія наклонности; поведеніе и рѣчь его указываютъ на существованіе у него малой осмысленности. Совсѣмъ инымъ вы увидите больного, у котораго наблюдается старческая форма Корсаковскаго психоза; здѣсь, при разстройствѣ памяти, личность больного остается въ значительной степени сохраненной; если больной вялъ и апатиченъ, то, съ другой стороны, онъ деликатенъ, не ссорится съ окружающими, можетъ правильно держать себя; онъ лишь не помнитъ обыкновенно многихъ лѣтъ своей жизни, забывая иногда послѣднія 10—20 лѣтъ; онъ воображаетъ себя живущимъ въ прежнихъ условіяхъ, предшествующихъ тому періоду, который выпалъ у него изъ памяти; разговаривая съ больнымъ о томъ, что онъ помнитъ, вы легко убѣдитесь въ томъ, что этимъ онъ живо интересуется, разсказывая о многомъ охотно, послѣдовательно, передавая вамъ не безинтересные иногда для васъ факты. Напр., одинъ изъ больныхъ, страдавшихъ старческою формою Корсаковскаго психоза, забылъ послѣдніе годы своей жизни; онъ не помнилъ, конечно, какъ онъ заболѣлъ; но когда съ нимъ заводили рѣчь о томъ, гдѣ онъ учился, онъ съ интересомъ вспоминалъ о

своемъ пребываніи въ высшемъ учебномъ заведеніи, о томъ, какихъ профессоровъ онъ тогда слушалъ, кѣмъ изъ нихъ особенно увлекался; при своихъ воспоминаніяхъ больной оживлялся; несмотря на то, что онъ находился въ преклонномъ возрастѣ, признаковъ старческаго слабоумія, какъ таковаго, у него не было; онъ былъ деликатенъ, обходителенъ, любезенъ, вѣжливъ, привѣтливъ. И всѣ эти признаки, конечно, являются до нѣкоторой степени противоположными тѣмъ, которые наблюдаются при dementia senilis, гдѣ измѣненіе личности стоитъ на первомъ планѣ и занимаетъ главное мѣсто въ клинической картинѣ. Далѣе, при дифференціальной діагностикѣ между сенильною формою полиневритическаго психоза и старческимъ слабоуміемъ необходимо обращать вниманіе на начало болѣзни. Какъ мы говорили выше, Корсаковскій психозъ имѣетъ острое начало, особенно рѣзко обозначенное въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ болѣзнь не алкогольнаго происхожденія; здѣсь нѣтъ длительнаго продромальнаго періода. Наоборотъ, старческое слабоуміе начинается медленно, постепенно; рѣзко выраженной картинѣ болѣзни всегда предшествуетъ періодъ прогрессирующаго упадка умственныхъ способностей, уже давно предъ этимъ начавшагося. Теченіе болѣзни при сенильныхъ формахъ Корсаковскаго психоза также отличается отъ старческаго слабоумія. Послѣднее есть душевная болѣзнь, постоянно нарастающая, хотя и протекающая съ колебаніями; умственныя способности у больного падаютъ все больше и больше, состояніе безсмыслія у него становится все глубже и глубже; въ старческихъ же случаяхъ Корсаковскаго психоза болѣзнь, имѣя болѣе или менѣе острое начало, переходитъ въ длительное и однообразно-стаціонарное состояніе; болѣзнь здѣсь не носитъ характера прогрессирующаго страданія. Наконецъ, весьма надежнымъ признакомъ при дифференціальной діагностикѣ между этими двумя формами служатъ симптомы со стороны периферическихъ нервовъ; несомнѣнные признаки неврита должны наводить на мысль о томъ, нѣтъ ли въ данномъ случаѣ полиневритическаго психоза; при старческихъ формахъ Корсаковскаго психоза ко-

лѣнныхъ рефлексовъ обыкновенно нѣтъ. Впрочемъ, надо замѣтить, что и въ нѣкоторыхъ случаяхъ старческаго слабоумія ихъ можетъ также не быть, такъ что нельзя придавать этому признаку рѣшающее діагностическое значеніе; нужно обращать вниманіе на то, нѣтъ ли и другихъ еще симптомовъ неврита.

Дифференціальная діагностика между Корсаковскимъ психозомъ и душевнымъ разстройствомъ при церебральномъ артеріосклерозѣ. Понятно само собою, что только въ тѣхъ случаяхъ dementia arteriosclerotica и въ томъ періодѣ этого слабоумія будетъ возникать мысль о полиневритическомъ психозѣ, когда разстройство памяти достигло рѣзкой степени. При артеріосклеретическомъ ослабленіи умственныхъ способностей можетъ наблюдаться, въ извѣстномъ періодѣ болѣзни, забывчивость по отношенію къ текущимъ и недавнимъ событіямъ, т.-е. сочетаніе симптомовъ, имѣющее нѣкоторое сходство съ тѣмъ, что встрѣчается при Корсаковскомъ психозѣ; при артеріосклерозѣ вмѣстѣ съ ослабленіемъ памяти возможны, конечно, и ложныя воспоминанія. Однако, клиническій анализъ показываетъ, что несмотря на частичное сходство нѣкоторыхъ психическихъ явленій въ томъ и другомъ случаѣ, между этими болѣзнями въ клиническомъ отношеніи существуетъ весьма большое различіе. При dementia arterisclerotica нѣтъ такого рѣзкаго контраста между слабостью памяти и другими психическими способностями, какъ при Корсаковскомъ психозѣ, гдѣ разстройство памяти носитъ какъ бы избирательный характеръ. Если у артеріосклеротика вы имѣете рѣзкую амнезію, то легко обнаружите, что и вниманіе у него плохое, что и соображаетъ онъ вяло и медленно; напр., попросите вы сдѣлать его самое простое вычисленіе, и это можетъ поставить его въ затрудненіе; все, гдѣ требуется напряженіе активнаго вниманія, дается ему съ трудомъ. Обыкновенно бываетъ такъ, что если больной плохо помнитъ текущія и недавнія событія, то онъ съ трудомъ припоминаетъ и то, что было давно. Въ то время, какъ полиневритикъ обыкновенно хорошо и точно вспоминаетъ давнія событія, забывая текущее и недавнее, артеріосклеротикъ отли-

чается болѣе разлитымъ пораженіемъ активныхъ психическихъ способностей. Что касается ложныхъ воспоминаній, то ихъ больше при Корсаковскомъ психозѣ, чѣмъ при dementia arteriosclerotica, гдѣ ихъ большею частью мало. Хотя и при артеріосклеротическомъ ослабленіи умственныхъ способностей личность больного не подвергается до поры, до времени качественнымъ измѣненіямъ, какъ и при Корсаковскомъ психозѣ, однако, тамъ общее ослабленіе тонуса психической жизни глубже, чѣмъ при полиневрическомъ душевномъ разстройствѣ; тамъ живость ума меньше, чѣмъ здѣсь; артеріосклеротикъ менѣе сообразителенъ, чѣмъ полиневритикъ. При дифференціальной діагностикѣ между Корсаковскимъ психозомъ и душевнымъ разстройствомъ при измѣненіи мозговыхъ сосудовъ нужно обращать вниманіе также на начало и теченіе заболѣванія. Dementia arteriosclerotica развивается медленно, постепенно, иногда не только мѣсяцами, но и годами; болѣзненныя явленія при ней нарастаютъ и становятся глубже; иногда на этомъ фонѣ появляются бредовыя вспышки, имѣющія сходство съ острыми психическими заболѣваніями (аменція, манія, меланхолія и т. д.); состояніе больного въ общемъ ухудшается все больше, умственная слабость нарастаетъ. Наоборотъ, при Корсаковскомъ психозѣ послѣ остраго начала развивается длительное стаціонарное состояніе; при этомъ, если больной не находится въ старческомъ возрастѣ, у него наступаетъ улучшеніе. Важное диффенціально-діагностическое значеніе имѣютъ физическіе симптомы, различные для артеріосклероза и для полиневрита. Признаки пораженія нервныхъ стволовъ наблюдаются при Корсаковскомъ психозѣ; для артеріосклероза они не характерны и могутъ быть при немъ лишь случайно; душевное разстройство при пораженіи сосудовъ головного мозга сопровождаютъ слѣдующіе физическіе симптомы: повышеніе колѣнныхъ рефлексовъ, иногда рѣзко выраженное, трясеніе въ рукахъ, дрожаніе въ языкѣ, вялость зрачковыхъ реакцій, иногда разница въ зрачкахъ и очаговые признаки страданія головного мозга. Всѣ эти симптомы, особенно взятые вмѣстѣ, исключаютъ собою существо-

ваніе полиневритическаго психоза, для котораго, наоборотъ, характерны явленія другого рода: отсутствіе колѣнныхъ рефлексовъ, слабость или параличъ конечностей, особенно нижнихъ, атрофіи въ наиболѣе пораженныхъ конечностяхъ, измѣненіе электрической реакціи, большее пораженіе стопъ и кистей сравнительно съ голенями и предплечіями, большее пораженіе голеней и предплечій сравнительно съ бедрами и плечами, болѣзненность по тракту нервныхъ стволовъ. Что касается этой послѣдней, то надо замѣтить, что она можетъ быть отмѣчена иногда, правда не въ рѣзкой степени, и при артеріосклерозѣ, особенно при алкоголизмѣ въ анамнезѣ; возможно, что въ этомъ случаѣ она зависитъ не отъ пораженія периферическихъ нервовъ, а отъ измѣненія въ спинномозговыхъ оболочкахъ; раздраженіе ихъ даетъ иррадіирующія боли въ конечностяхъ, симулирующія иной разъ полиневритическій процессъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ *діагностика* колеблется *между Корсаковскимъ психозомъ и душевнымъ разстройствомъ въ зависимости отъ мозговой опухоли.* Встрѣчаются такіе случаи, гдѣ при tumor cerebri можетъ обнаружиться психическій симптомокомплексъ, имѣющій сходство съ Корсаковскимъ психозомъ. При опухоли мозга, какъ извѣстно, наблюдаются различныя душевныя аномаліи; иногда въ связи съ нею развиваются остро-бредовыя вспышки; но главнымъ и самымъ характернымъ симптомомъ въ этихъ случаяхъ является подавленіе и угнетеніе психической дѣятельности, носящія, если опухоль увеличивается въ своемъ объемѣ, прогрессирующій характеръ; иными словами, здѣсь идетъ рѣчь о состояніи слабоумія. Въ числѣ другихъ признаковъ при церебральныхъ опухоляхъ у больныхъ отмѣчается ослабленіе памяти, въ формѣ забывчивости и затрудненія припоминанія вообще; въ это время больной вялъ, подавленъ, апатиченъ. Наибольшія діагностическія затрудненія могутъ представлять тѣ случаи опухолей головного мозга, гдѣ память оказывается разстроенной нѣсколько больше, чѣмъ другія душевныя способности, и гдѣ могутъ быть и ложныя воспоминанія. Сравнивая картину болѣзни при Кор-

саковскомъ психозѣ съ сходнымъ симптомокомплексомъ при церебральной опухоли, мы находимъ между ними весьма существенныя различія. Прежде всего нужно указать на то, что психика больного, страдающаго Корсаковскимъ психозомъ, сохраняетъ значительную долю живости; эта живость сохраняется, къ удивленію, иногда и въ случаяхъ довольно тяжелыхъ; стоитъ съ больнымъ заговорить, какъ онъ сейчасъ же оживляется, что сказывается и въ выраженіи его глазъ, хотя предоставленный самому себѣ онъ можетъ подолгу лежать въ постели, мало или совсѣмъ не реагируя на то, что происходитъ вокругъ; при болѣе же легкихъ формахъ полиневритическаго психоза больной интересуется окружающимъ, выглядитъ нерѣдко даже веселымъ. При опухоляхъ мозга вы будете имѣть дѣло съ психическимъ состояніемъ, почти что противоположнымъ только что указанному. Поведеніе больного, равно какъ и его стремленія при Корсаковскомъ психозѣ иныя, чѣмъ при tumor cerebri, гдѣ больной склоненъ къ неподвижности, молчаливости и т. д. Въ первомъ случаѣ больной активнѣе, чѣмъ во второмъ; это сказывается, между прочимъ, и въ томъ, что при cerebropathia psychica toxaemica больной обнаруживаетъ иногда массу самыхъ разнообразныхъ ложныхъ воспоминаній; онъ проявляетъ до нѣкоторой степени творческій элементъ, хотя и патологическій. Наоборотъ, при tumor cerebri ложныя воспоминанія, если они и встрѣчаются, скудны, не ярки, отрывочны, высказываются вяло и апатично, безъ живости, свойственной больному, у котораго наблюдается Корсаковскій психозъ. При дифференціальной діагностикѣ между полиневритическимъ психозомъ и душевнымъ разстройствомъ при церебральной опухоли большое значеніе имѣютъ, какъ понятно само собою, начало болѣзни, ея теченіе и сопровождающіе ее физическіе симптомы. Вполнѣ острому или болѣе или менѣе острому началу болѣзни при Корсаковскомъ психозѣ противополагается незамѣтное и постепенное развитіе психическихъ измѣненій при церебральной опухоли, часто безъ видимаго этіологическаго момента, т.-е. безъ алкоголизма, безъ желтухи, безъ тифозной горячки и т. д.

въ анамнезѣ, а всѣ эти этіологическіе моменты являются наиболѣе частыми причинами Корсаковскаго психоза. Если церебральная опухоль увеличивается въ своемъ объемѣ, то и психическія измѣненія нарастаютъ, между тѣмъ какъ при cerebropathia psychica toxaemica болѣзнь, остро начавшись, переходитъ въ стаціонарное состояніе; при этомъ, если больной молодъ, если физическія условія въ организмѣ благопріятны, если нѣтъ у него тяжелой физической болѣзни, его состояніе начинаетъ улучшаться во всѣхъ отношеніяхъ, достигая иногда значительной степени, хотя дѣло и не доходитъ до полнаго возстановленія прежняго психическаго здоровья. Наконецъ, и физическіе симптомы оказываютъ большую услугу вамъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ діагностика колеблется между Корсаковскимъ психозомъ и душевнымъ разстройствомъ, сопровождающимъ мозговую опухоль. Для послѣдняго характерны жалобы на головную боль, упорную, очень тягостную; при немъ наблюдается нерѣдко застойный сосокъ, ослабленіе зрѣнія, иногда слѣпота; другія физическія явленія находятся въ связи съ характеромъ опухоли и съ ея локализаціей. При полиневритическомъ же психозѣ физическіе симптомы иные, на что мы обращали вниманіе не разъ. Точное распознаваніе болѣзни весьма затруднительно и, можетъ-быть, даже и невозможно въ настоящее время тамъ, гдѣ Корсаковскій психозъ находится въ связи съ опухолью, помѣщающеюся не во внутреннихъ органахъ, а въ самой черепной полости; при этомъ токсины, поступающіе въ организмъ, имѣютъ свое начало въ области головного мозга; вполнѣ естественно допустить такой случай, гдѣ эти токсины, развивающіеся въ изобиліи, вызовутъ перенасыщеніе организма ядами и дадутъ въ результатѣ еще картину Корсаковскаго психоза. Въ этомъ случаѣ симптомы мозговой опухоли будутъ комбинироваться съ признаками полиневритическаго процесса; и правильное распознаваніе возможно здѣсь лишь тогда, когда случай, закончившійся летально, вы могли еще изслѣдовать съ патолого-гистологической стороны.

ГЛАВА СЕДЬМАЯ.

Дифференціальная діагностика между Корсаковскимъ психозомъ и душевнымъ разстройствомъ при lues cerebri.—Дифференціальная діагностика между Корсаковскимъ психозомъ и психическимъ разстройствомъ при органической энцефалопатіи.—Дифференціальная діагностика между Корсаковскимъ психозомъ и травматическимъ нейрозомъ.—Дифференціальная діагностика между Корсаковскимъ психозомъ и прогрессивнымъ параличемъ.—Дифференціальная діагностика между Корсаковскимъ психозомъ и истерическими амнезіями и амнезіями при различныхъ душевныхъ разстройствахъ психогеннаго характера.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, гдѣ въ анамнезѣ у больного отмѣчается несомнѣнный сифилисъ, вамъ приходится рѣшать вопросъ о томъ, съ чѣмъ вы имѣете дѣло, *съ Корсаковскимъ ли психозомъ или съ душевнымъ разстройствомъ при lues cerebri*. При сифилисѣ головнаго мозга возможны психическія измѣненія, имѣющія большое сходство съ тѣмъ, что наблюдается при Корсаковскомъ психозѣ; иногда это сходство доходитъ до значительной степени, такъ что правильная діагностика является затруднительной. Разстройство памяти при lues cerebri можетъ проявляться различно и быть различной интенсивности. Въ отличіе отъ артеріосклеротическихъ амнезій забывчивость здѣсь касается главнымъ образомъ текущихъ и недавнихъ событій; событія же, имѣвшія мѣсто до начала болѣзни, помнятся иногда больнымъ сравнительно хорошо. Вмѣстѣ съ разстройствомъ памяти при lues cerebri отмѣчается рядъ другихъ психическихъ симптомовъ; изъ нихъ прежде всего надо указать на признаки значительнаго упадка умственной дѣятельности; больной, о которомъ сейчасъ идетъ рѣчь, вялъ,

апатиченъ, безучастно относится къ тому, что происходитъ вокругъ; если съ нимъ разговариваютъ, то онъ и здѣсь мало оживляется, мало проявляя активности въ разговорѣ. Соображеніе у него падаетъ; на психикѣ его лежитъ печать угнетенія. Какъ видно изъ только что сказаннаго, психика больного, страдающаго lues cerebri, несмотря на сходство съ больнымъ Корсаковскимъ психозомъ, представляетъ и значительныя отличія отъ него. Слѣдуетъ прежде всего обратить вниманіе на то, что угнетенію психической дѣятельности при lues cerebri можно противопоставить живую психику полиневритика. Ложныя воспоминанія при lues cerebri нерѣдко отсутствуютъ; а если они и существуютъ, то блѣдны и необильны; наоборотъ, при Корсаковскомъ психозѣ конфабуляціи ярки, многочисленны, живы. Впрочемъ, надо замѣтить, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ церебральнаго сифилиса въ началѣ болѣзни ложныхъ воспоминаній бываетъ нѣсколько больше; и въ это время, конечно, труднѣе правильное распознаваніе. Нужно имѣть въ виду, что по одному психическому симптомокомплексу въ этихъ случаяхъ нельзя ставить окончательной діагностики; необходимо познакомиться съ тѣмъ, какъ развилась болѣзнь, какъ она протекаетъ, какими физическими признаками она сопровождается. Какъ и во многихъ случаяхъ, такъ и при дифференціальной діагностикѣ между Корсаковскимъ психозомъ и lues cerebri большую услугу оказываетъ ознакомленіе со всею картиною даннаго заболѣванія. Напр., начало болѣзни въ томъ и другомъ случаѣ будетъ неодинаковымъ; при Корсаковскомъ психозѣ болѣзнь начинается обыкновенно острыми психическими симптомами, при чемъ у больного въ это время можетъ наблюдаться картина, напоминающая спутанность сознанія; такъ, при lues cerebri, болѣзнь начинается съ инсульта, послѣ котораго остаются уже признаки очаговаго пораженія головного мозга; когда больной оправляется, то вмѣстѣ съ моноплегическими или гемиплегическими явленіями у него иногда обнаруживается постепенно нарастающее въ первое время ослабленіе умственныхъ способностей; вялость, индифферентизмъ,

апатія, сонливость, слабость памяти и т. д. Если больному и удается, подъ вліяніемъ специфическаго лѣченія, оправиться сколько-нибудь замѣтно, то вскорѣ онъ можетъ снова подвергнуться инсульту; послѣ второго инсульта психическое состояніе его становится обыкновенно еще хуже; умственныя способности упадутъ еще больше, память станетъ еще хуже. При Корсаковскомъ же психозѣ послѣ остраго или болѣе или менѣе остраго періода наступаетъ улучшеніе, и больной переходитъ въ длительное и однообразное состояніе, гдѣ на первомъ планѣ стоитъ большая забывчивость по отношенію къ текущимъ и недавнимъ событіямъ, съ ложными воспоминаніями или безъ нихъ; у молодыхъ субъектовъ и у лицъ средняго возраста, при благопріятныхъ условіяхъ со стороны физическаго организма, наступаетъ нерѣдко улучшеніе, иногда настолько значительное, что больной приспособляется заниматься своимъ привычнымъ дѣломъ. Считаемъ еще не лишнимъ обратить вниманіе на то, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ Корсаковскій психозъ обнаруживается съ инсульта; больной внезапно теряетъ сознаніе, падаетъ; у него могутъ обнаружиться въ это время судороги, общія или захватывающія какую-либо одну область; такой приступъ иногда можетъ повториться и не разъ. Правильное распознаваніе болѣзни въ такомъ періодѣ ея невозможно; больной имѣетъ тогда видъ больного, страдающаго какою-то тяжелою органическою болѣзнью головного мозга. Затѣмъ, когда онъ оправляется и когда оглушенное сознаніе начинаетъ проясняться, у больного обнаруживается разстройство памяти въ формѣ большой забывчивости по отношенію къ текущимъ и недавнимъ событіямъ, а также симптомы множественнаго неврита. Надо замѣтить, что случаи Корсаковскаго психоза, начинающіеся съ инсульта, встрѣчаются, повидимому, у алкоголиковъ, сильно злоупотреблявшихъ спиртными напитками, при отсутствіи другихъ этіологическихъ моментовъ, вызывающихъ полиневритическій психозъ. Далѣе, чтобы закончить разсмотрѣніе дифференціальной діагностики между Корсаковскимъ психозомъ и душевнымъ разстройствомъ при це-

ребральномъ сифилисѣ, нужно остановиться еще и на сопоставленіи физическихъ симптомовъ, сопровождающихъ ту и другую болѣзнь. Въ первомъ случаѣ характерными являются признаки множественнаго пораженія нервовъ, весьма часто съ потерею сухожильныхъ колѣнныхъ рефлексовъ; во второмъ случаѣ душевное разстройство сопровождается очаговыми симптомами со стороны головного мозга, повышеніемъ сухожильныхъ рефлексовъ вообще и колѣнныхъ въ частности; иногда рефлексы эти повышены съ одной стороны больше, чѣмъ съ другой; вслѣдствіе пораженія центра рѣчи можетъ быть и разстройство рѣчи. Опущеніе верхняго вѣка при lues cerebri чаще является болѣе стойкимъ, чѣмъ при полиневритѣ, гдѣ оно будетъ носить преходящій характеръ. Разница въ зрачкахъ болѣе свойственна церебральному сифилису, чѣмъ Корсаковскому психозу. Если имѣемъ дѣло съ больнымъ, у котораго наблюдается душевное разстройство, сопровождающее lues cerebri, и который, кромѣ того, злоупотреблялъ еще и спиртными напитками, то иногда вы можете встрѣтить у него и жалобы на боли въ рукахъ или въ ногахъ, самостоятельныя или возникающія при давленіи на мягкія части конечностей; обыкновенно эти боли скоро исчезаютъ, и ихъ едва ли можно ставить въ связь съ несомнѣннымъ полиневритическимъ процессомъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ органическаго пораженія головного мозга съ фокусными измѣненіями наблюдается душевное разстройство, гдѣ среди другихъ симптомовъ отмѣчается у больного рѣзкое ослабленіе памяти, и тогда приходится ставить *дифференціальную діагностику между Корсаковскимъ психозомъ и психическимъ разстройствомъ при органической энцефалопатіи.* Какъ извѣстно, иногда послѣ апоплексій, развивающихся въ связи или съ кровоизліяніемъ, или въ зависимости отъ тромбоза, у больныхъ обнаруживаются въ скоромъ времени психическія измѣненія; эти послѣднія состоятъ въ томъ, что послѣ инсульта умственныя способности больного падаютъ; иногда это выражено довольно рѣзко и бросается въ глаза даже малонаблюдательнымъ окружающимъ, иногда же

ослабленіе умственныхъ способностей можно обнаружить лишь при внимательномъ и тщательномъ изслѣдованіи больного. Тамъ, гдѣ дементныя явленія при фокусныхъ пораженіяхъ головного мозга достигаютъ извѣстной глубины и интенсивности, что̀ зависитъ и отъ возраста больного, и отъ устойчивости его нервныхъ кортикальныхъ элементовъ, тамъ можетъ вамъ встрѣтиться и рѣзкое разстройство памяти, въ формѣ большой забывчивости, иной разъ въ сочетаніи съ ложными воспоминаніями. Такой больной поражаетъ окружающихъ тѣмъ, что онъ совсѣмъ почти не помнитъ того, что происходитъ теперь или что было недавно; онъ не знаетъ, когда онъ поступилъ въ больницу; онъ не знаетъ, какъ звать врача, когда видѣлъ его въ послѣдній разъ, онъ не въ состояніи запомнить, какой теперь годъ, число, мѣсяцъ, день; и сколько бы разъ ему ни говорили объ этомъ, онъ не въ состояніи удерживать въ своей памяти этихъ свѣдѣній. То, что было давно, онъ можетъ помнить сравнительно порядочно, хотя и не такъ, какъ прежде, до инсульта. Подъ вліяніемъ разспросовъ больной можетъ обнаружить наклонность и къ ложнымъ воспоминаніямъ. Вмѣстѣ съ этимъ разстройствомъ памяти у него наблюдается болѣе или менѣе значительное ослабленіе умственныхъ способностей; больной, даже послѣ короткаго разговора съ нимъ, обнаружитъ передъ вами свою слабость соображенія, слабость своихъ сужденій, умственную вялость, апатію, безразличное отношеніе къ тому, что происходитъ вокругъ, къ роднымъ, близкимъ; онъ мало интересуется даже своимъ положеніемъ, своимъ здоровьемъ. Если вы сопоставите теперь картину Корсаковскаго психоза съ только что набросаннымъ изображеніемъ душевнаго разстройства, сопровождающаго иногда въ такой формѣ фокусное пораженіе головного мозга, то легко убѣдитесь въ томъ, что, несмотря на сходство отдѣльныхъ признаковъ въ томъ и другомъ случаѣ, между этими болѣзнями существуетъ большая разница. Правда, и здѣсь, и тамъ вы имѣете предъ собою амнезію; но при Корсаковскомъ психозѣ память является пораженной до нѣкоторой степени избирательнымъ образомъ,

такъ какъ больной сохраняетъ при этомъ извѣстную живость соображенія и не производитъ впечатлѣнія такого слабоумнаго больного, какимъ является больной, страдающій душевнымъ разстройствомъ, сопровождающимъ иногда очаговое пораженіе головного мозга. При дифференціальной діагностикѣ между Корсаковскимъ психозомъ и слабоуміемъ, о которомъ теперь идетъ рѣчь, необходимо обращать вниманіе и на то, какъ развивается болѣзнь въ томъ и другомъ случаяхъ. При кровоизліяніяхъ и тромбозахъ въ области головного мозга она начинается съ инсульта, послѣ котораго остаются моноплегическіе или гемиплегическіе симптомы; Корсаковскій же психозъ дебютируетъ острыми психическими симптомами съ растерянностью и замѣшательствомъ сознанія; о томъ, что этотъ психозъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ алкогольнаго происхожденія можетъ начаться съ инсульта, объ этомъ мы говорили нѣсколько выше, когда останавливались на дифференціальной діагностикѣ между полиневритическимъ психозомъ и душевнымъ разстройствомъ при lues cerebri. Послѣ очаговыхъ пораженій головного мозга, стоящихъ въ связи съ кровоизліяніемъ или съ тромбозомъ, наступаютъ также, надо думать, разлитыя измѣненія въ мозговой корѣ, что̀ съ психической стороны выражается въ формѣ ослабленія умственныхъ способностей; повторность инсультовъ сопровождается еще большимъ паденіемъ ихъ. Наоборотъ, при Корсаковскомъ психозѣ больной, если онъ не старъ и не имѣетъ тяжелаго физическаго страданія, начинаетъ постепенно, сначала быстрѣе, а потомъ все медленнѣе и медленнѣе, поправляться. Важное дифференціально діагностическое значеніе имѣютъ, конечно, и физическіе симптомы той и другой болѣзни. Для душевнаго разстройства, сопровождающаго иногда очаговое пораженіе головного мозга, характерны прежде всего признаки несомнѣннаго частичнаго пораженія даннаго органа; сюда относятся слабость или параличъ одной изъ конечностей, слабость или параличъ одной половины тѣла, разстройства рѣчи различнаго характера, асимметрія въ лицѣ, повышеніе колѣнныхъ рефлексовъ и другихъ сухожильныхъ

Psycho-neurosis traumatica сопровождается амнезіями, иногда напоминающими въ той или другой степени легкія формы Корсаковскаго психоза. Правда, это сходство частичныхъ симптомовъ въ названныхъ страданіяхъ не очень велико; и если мы останавливаемся здѣсь на немъ, то дѣлаемъ это главнымъ образомъ съ тою цѣлью, чтобы еще разъ отдѣлить характерныя особенности полиневритической амнезіи. Въ легкихъ случаяхъ Корсаковскаго психоза разстройство памяти касается текущихъ и самыхъ недавнихъ событій, при чемъ то, что было раньше и давно, больной помнитъ такъ же, какъ и до своего заболѣванія. При травматическомъ же психонейрозѣ наблюдается скорѣе разсѣянность, нежели забывчивость; такъ какъ больному трудно пользоваться своимъ активнымъ вниманіемъ и такъ какъ напряженіе послѣдняго вызываетъ тягостное, а иногда и мучительное, ощущеніе въ головѣ, онъ быстро утомляется во время разговора, требующаго сосредоточиванія вниманія и активнаго припоминанія; для него затруднительно воспроизводить въ своей памяти не только текущее и недавнее, но и прежнія событія. Въ то время, какъ полиневритикъ обыкновенно сохраняетъ хорошее настроеніе, больной, страдающій, травматическимъ психонейрозомъ, угнетенъ, мрачно настроенъ, жалуется на свое положеніе; первый при разговорѣ съ врачемъ весьма часто желаетъ показаться въ лучшемъ видѣ и стремится нерѣдко, если можно, не обнаруживать своего разстройства памяти; второй, наоборотъ, почти всегда склоненъ подчеркивать тяжесть своихъ страданій и находится въ ипохондрическомъ настроеніи. Теченіе всей болѣзни въ томъ и другомъ случаѣ различное; такъ, напр., въ легкихъ случаяхъ Корсаковскаго психоза душевное состояніе больного улучшается, хотя въ общемъ и медленн между тѣмъ какъ при травматическомъ психонейрозѣ болѣзнь долгое время можетъ оставаться безъ рѣзкихъ перемѣнъ; первый больной, несмотря на оставшіеся изъяны памяти, можетъ начать заниматься своимъ привычнымъ дѣломъ, между тѣмъ какъ второй оказывается инвалиднѣе, съ ничтожною или съ малою работоспособностью. Но и кромѣ

рефлексовъ и т. д. Какъ видно изъ только что сказаннаго, эти симптомы рѣзко отличаются отъ тѣхъ, которые характерны для Корсаковскаго психоза.

Мы считали бы лишнимъ, имѣя въ виду вышеизложенное, останавливаться на *дифференціальной діагностикѣ между Корсаковскимъ психозомъ* и сходными синдромами, которые могутъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ сопровождать *абсцессы* головного мозга, *цистицерки* и *эхинококки*, въ немъ помѣщающіеся; эти страданія, какъ извѣстно, невсегда легко отличить при жизни отъ злокачественныхъ опухолей головного мозга (саркома, гліома, гліо-саркома, ангіо-саркома и т. д.); поэтому здѣсь, если будетъ въ томъ надобность, приходится при упомянутой дифференціальной діагностикѣ руководствоваться тѣми же соображеніями, съ которыми мы познакомились выше, когда говорили объ опухоляхъ мозга съ интересующей насъ точки зрѣнія.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ *травматическаго психоза* или психонейроза можетъ наблюдаться картина болѣзни, имѣющая ту или другую степень сходства съ разстройствомъ памяти при *Корсаковскомъ психозѣ*; травматическіе психозы бываютъ двоякаго рода; въ однихъ случаяхъ, которые можно называть травматическимъ психонейрозомъ, у больного отмѣчается рядъ психическихъ признаковъ, указывающихъ на большую раздражительность и легкую утомляемость нервной системы; такой больной находится обыкновенно въ непріятномъ настроеніи, занятъ своими болѣзненными ощущеніями, постоянно раздумываетъ о своей болѣзни; онъ жалуется на большую утомляемость, тревогу, на то, что ему трудно соображать, что у него плохая память; повидимому, эта форма травматическаго психонейроза чаще встрѣчается у лицъ средняго возраста. Въ юношескомъ возрастѣ, а также въ болѣе или менѣе пожиломъ возрастѣ, при травмахъ и сопряженныхъ съ ними моральныхъ потрясеніяхъ развивается болѣе глубокое душевное разстройство, выражающееся въ формѣ слабоумія. Въ первой категоріи случаевъ, т.-е. при травматическомъ психонейрозѣ, разстройство памяти является менѣе рѣзкимъ, чѣмъ при травматическомъ слабоуміи.

того, что больной, страдающій легкою формою Корсаковскаго психоза, отличается въ психическомъ отношеніи отъ больного, у котораго наблюдается травматическій психонейрозъ, нужно обратить вниманіе на то, что и физическіе симптомы въ томъ и другомъ случаѣ неодинаковые; признакамъ полиневрита, характернымъ для перваго случая, можно противопоставить во второмъ цѣлый рядъ иныхъ физическихъ явленій; къ этимъ послѣднимъ относятся разстройства со стороны органовъ чувствъ; напр., у больного наблюдается суженіе поля зрѣнія, ослабленіе слуха и аномаліи въ слуховомъ аппаратѣ, ослабленіе или потеря чувствительности въ какой-нибудь области тѣла, нерѣдко въ одной половинѣ тѣла, неспособность стоять съ закрытыми глазами, напряженіе въ шейной мускулатурѣ и вообще напряженіе въ мимической мускулатурѣ, повышеніе колѣнныхъ рефлексовъ и пр., не говоря уже о цѣломъ рядѣ жалобъ больного на разныя тягостныя ощущенія въ головѣ, въ области шеи, сердца и т. д.

Что касается случаевъ травматическаго слабоумія, то надо замѣтить, что сочетаніе психическихъ симптомовъ, сходное съ таковымъ при *Корсаковскомъ психозѣ*, наблюдается въ тѣхъ случаяхъ *dementia traumatica*, гдѣ дѣло идетъ о пожилыхъ субъектахъ; дѣло въ томъ, что при травматическомъ слабоуміи у молодыхъ лицъ приходится имѣть въ виду также и возможность развитія ранняго юношескаго слабоумія. При dementia traumatica у пожилыхъ субъектовъ обнаруживается при изслѣдованіи, между прочимъ, разстройство памяти; больной такого рода проявляетъ забывчивость какъ по отношенію къ текущимъ и недавнимъ событіямъ, такъ и по отношенію къ давнимъ; при повторныхъ изслѣдованіяхъ, особенно при наблюденіи въ больничной обстановкѣ, вы легко убѣдитесь въ томъ, что больной не только не старается такъ или иначе замаскировать предъ вами свою слабость памяти, но, наоборотъ, иногда старается усилить, какъ бы нарочно, этотъ симптомъ; совсѣмъ иную картину вы будете наблюдать при Корсаковскомъ психозѣ, гдѣ больной старается отвѣчать иногда на ваши вопросы такъ, какъ плохой

ученикъ на экзаменѣ. При dementia traumatica больной производитъ впечатлѣніе слабоумнаго; у него психика вялая; онъ плохо и медленно соображаетъ, мало чѣмъ интересуется; при Корсаковскомъ же психозѣ умственная слабость выражена менѣе, и больной сохраняетъ не соотвѣтствующія амнезіи живость психики и сообразительность. О томъ, что при полиневритическомъ психозѣ и при dementia traumatica физическіе признаки разные, здѣсь можно и не говорить, имѣя въ виду лишь то, что было сказано въ этомъ отношеніи по поводу дифференціальной діагностики между легкою формою Корсаковскаго психоза и psycho—neurosis traumatica.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ *прогрессивнаго паралича* можетъ наблюдаться синдромъ, имѣющій частичное сходство съ картиной *Корсаковскаго психоза*; какъ извѣстно, у паралитиковъ чаще всего поражаются всѣ душевныя способности болѣе или менѣе равномѣрно; иногда же память оказывается разстроенной больше, чѣмъ вниманіе, соображеніе и пр. Въ этихъ случаяхъ больной поражаетъ тѣмъ, что онъ забываетъ то, что было только-что, и то, что было недавно; при этомъ то, что было давно, онъ можетъ помнить порядочно. Надо замѣтить, что такое разстройство памяти у паралитиковъ встрѣчается въ дементныхъ формахъ этой болѣзни; оно сопровождается другими психическими признаками, характерными для прогрессивнаго паралича; именно, больной, о которомъ идетъ рѣчь, поражаетъ вялостью своихъ душевныхъ процессовъ; онъ апатиченъ, безразлично относится къ окружающему, къ роднымъ, къ своему положенію, сонливъ, малоподвиженъ; въ разговорѣ съ врачемъ, котораго онъ видитъ въ первый разъ и къ которому обращается по поводу своего нездоровья, больной не проявляетъ активности; отвѣты его коротки; самъ онъ ни на что не жалуется; если его не разспрашивать, если ему не задавать вопросовъ, онъ будетъ молча сидѣть, имѣя безучастный видъ. Какъ видно изъ только что сказаннаго, психика больного, у котораго отмѣчается рѣзко выраженная паралитическая амнезія, отличается отъ психики полиневритика; послѣдній въ разговорѣ съ вра-

чемъ обнаруживаетъ извѣстную живость, и у него нѣтъ такой душевной тупости, какъ у паралитика, личность котораго подвергается не только количественнымъ болѣзненнымъ измѣненіямъ, но и качественнымъ. Что касается начала болѣзни и теченія ея въ томъ и другомъ случаѣ, то надо замѣтить прежде всего, что прогрессивный параличъ начинается обыкновенно съ постепеннаго упадка умственныхъ способностей, тогда какъ Корсаковскій психозъ имѣетъ острое или болѣе или менѣе острое начало. Здоровье паралитика, несмотря на ремиссіи, иногда бывающія въ теченіи болѣзни, постепенно ухудшается, и рано или поздно болѣзнь кончается летальнымъ исходомъ при нарастающей физической слабости, между тѣмъ какъ при полиневритическомъ психозѣ, при благопріятныхъ условіяхъ со стороны физическаго организма, происходитъ постепенное, хотя медленное, улучшеніе. Слѣдовательно, можно сказать, что при прогрессивномъ параличѣ время, протекшее отъ начала заболѣванія, пропорціонально интенсивности болѣзненныхъ явлений, и что, наоборотъ, при Корсаковскомъ психозѣ время, прошедшее отъ начала болѣзни, обратно пропорціонально степени болѣзненныхъ симптомовъ. Наибольшія діагностическія трудности могутъ представлять тѣ случаи, гдѣ, напр., при хроническомъ алкоголизмѣ развиваются симптомы прогрессивнаго паралича съ отсутствіемъ или большою слабостью сухожильныхъ колѣнныхъ рефлексовъ. Если для другихъ формъ органическихъ психозовъ характерно въ большинствѣ случаевъ, какъ мы видѣли, повышеніе этихъ рефлексовъ, то нельзя этого сказать про прогрессивный параличъ вообще: табетическія формы его сопровождаются потерей колѣннаго феномена, что̀, какъ мы знаемъ, свойственно нерѣдко и Корсаковскому психозу, такъ что полагаться на этотъ симптомъ, при дефференціальной діагностикѣ между прогрессивнымъ параличемъ и полиневритическимъ психозомъ, нельзя. Нужно обратить вниманіе на состояніе периферическихъ нервовъ, доступныхъ изслѣдованію; пораженіе ихъ (измѣненіе электрической реакціи, боли при давленіи по тракту нервныхъ

стволовъ, большее пораженіе стопъ и кистей сравнительно съ голенью и предплечіемъ, атрофіи и пр.) говоритъ за существованіе въ анализируемомъ случаѣ полиневрита. При прогрессивномъ параличѣ наблюдаются измѣненія со стороны зрачковъ; этотъ симптомъ можете вы встрѣтить и при Корсаковскомъ психозѣ; въ первомъ случаѣ онъ чаще, чѣмъ во второмъ. Далѣе, у паралитика, особенно при отсутствіи колѣнныхъ рефлексовъ, зрачковыя реакціи, въ общемъ, вялѣе, чѣмъ у полиневритика. У послѣдняго опущеніе вѣкъ наблюдается иногда въ началѣ болѣзни и можетъ сравнительно скоро сгладиться, при прогрессивномъ же параличѣ опущеніе верхняго вѣка, чаще наблюдающееся въ табетическихъ формахъ, является стойкимъ. Что касается разстройства рѣчи, то надо замѣтить, что въ началѣ болѣзни въ нѣкоторыхъ случаяхъ Корсаковскаго психоза вы встрѣтитесь съ разстройствомъ рѣчи, которое будетъ заставлять васъ думать о томъ, не имѣете ли вы дѣло съ прогрессивнымъ параличемъ; такъ, напр., иногда у полиневритика можетъ обнаружиться временное заиканіе, нѣкоторое спотыканіе на извѣстныхъ слогахъ, неотчетливость и невнятность произношенія; при улучшеніи состоянія больного рѣчь его также исправляется, и псейдопаралитическій характеръ ея исчезаетъ. Я помню одинъ случай несомнѣннаго Корсаковскаго психоза съ разстройствомъ рѣчи, имѣющимъ большое сходство съ паралитическимъ. Дѣло касалось больного, алкоголика, у котораго начали развиваться полиневритъ и характерное душевное разстройство съ крайней забывчивостью. Однимъ изъ врачей больному была прописана бромистая микстура; оставаясь безъ особаго надзора, предоставленный самому себѣ, больной по забывчивости сталъ принимать это лѣкарство чаще, чѣмъ ему было прописано; такъ какъ у него былъ запасъ бромистой соли и такъ какъ онъ приготовлялъ лѣкарство самъ, то и оказалось въ результатѣ, что въ теченіе короткаго времени онъ принялъ токсическую дозу бромистой соли; вслѣдствіе этого у него усилилось дрожаніе въ языкѣ, въ рукахъ; рѣчь также была дрожащей, и больной при первомъ взглядѣ произ-

водилъ впечатлѣніе паралитика. Однако, при правильномъ уходѣ и заботѣ о больномъ прибавочныя явленія, вызванныя усиленными и чрезмѣрными пріемами бромистой соли, у него исчезли, и рѣчь его ужъ не носила характера паралитической. Наблюденіе показываетъ, что нѣкоторые изъ больныхъ, страдающихъ Корсаковскимъ психозомъ, особенно въ началѣ болѣзни, принимаются за паралитиковъ, не будучи таковыми на самомъ дѣлѣ.

Мы хотѣли бы остановиться еще на *дифференціальной діагностикѣ между Корсаковскимъ психозомъ и истерическими амнезіями и амнезіями при различныхъ душевныхъ разстройствахъ психогеннаго характера*. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ истерическаго душевнаго разстройства, особенно развивающагося въ связи съ моральнымъ потрясеніемъ, можетъ обнаружиться рѣзко выраженная забывчивость по отношенію къ текущимъ событіямъ и событіямъ, непосредственно предшествующимъ заболѣванію. Напр., больной (чаще всего больная) забываетъ о томъ непріятномъ моментѣ, который вызвалъ душевное разстройство; при разспросѣ оказывается, что онъ совсѣмъ не помнитъ того, какъ онъ заболѣлъ, послѣ чего; при этомъ вы можете легко убѣдиться въ томъ, что амнезія начинается съ опредѣленнаго момента, что граница между тѣмъ, что онъ помнитъ, и тѣмъ, что забылъ, довольно рѣзкая и иногда весьма даже отчетливая; и вамъ удастся опредѣлить эту границу, до которой доходятъ воспоминанія больного. Подобныя же амнезіи, такъ хорошо очерченныя и отграниченныя отъ области ясныхъ воспоминаній, наблюдаются не только у истеричныхъ субъектовъ, но также и у лицъ, не представлявшихъ раньше рѣзкихъ признаковъ истерическаго характера и подвергающихся травмѣ головы; иногда ушибъ послѣдней невеликъ, нѣтъ признаковъ сотрясенія головного мозга, а психическая дѣятельность нарушается, остается въ теченіе извѣстнаго времени, иногда продолжительнаго, амнезія; въ этихъ случахъ, повидимому, имѣетъ значеніе не столько самая травма, какъ физическое повреждeніе, сколько моральное потрясеніе, испугъ; слѣдовательно,

здѣсь вы будете имѣть дѣло съ душевнымъ измѣненіемъ психогеннаго характера. Амнезіи, подобныя истерическимъ, встрѣчаются и у лицъ, которыхъ удается спасти послѣ попытки покончить съ собою посредствомъ удушенія, отравленія окисью углерода и пр.; когда больной приходитъ въ себя, то оказывается, что онъ забываетъ о своей попыткѣ на самоубійство, не помнитъ и того, что было до этого за нѣсколько времени; вмѣстѣ съ тѣмъ онъ проявляетъ забывчивость и по отношенію къ текущимъ событіямъ. Понятно, что состояніе человѣка, рѣшившагося покончить съ своею жизнью, весьма тяжелое и ужасное; и нѣтъ ничего удивительнаго, что перенесенная имъ попытка на самоубійство можетъ разсматриваться какъ сильное моральное потрясеніе; нельзя, конечно, отрицать того, что въ происхожденіи амнезіи играютъ здѣсь нѣкоторую роль и тѣ измѣненія въ крови, которыя вызываетъ временная задержка процессовъ окисленія, перенасыщеніе организма угольной кислотой, поступленіе въ кровь большихъ количествъ окиси углерода и т. д. Слѣдуетъ обратить вниманіе на то, что изъ памяти выпадаютъ при истерическихъ и психогенныхъ амнезіяхъ вообще не только событія, послужившія толчкомъ къ развитію душевнаго разстройства, но также и событія, предшествующія имъ и бывшія въ теченіе послѣднихъ дней до этого. Что касается амнезіи по отношенію къ текущимъ событіямъ, то она можетъ быть въ этихъ случаяхъ не очень продолжительной, не очень стойкой. Какъ видно изъ только что сказаннаго, амнезіи истерическія и психогенныя отличаются отъ амнезій полиневритическихъ; въ первомъ случаѣ душевное разстройство начинается весьма рѣзко, обнаруживается съ потери сознанія, при чемъ психическая дѣятельность является угнетенной; при Корсаковскомъ же психозѣ инсульты съ потерей сознанія бываютъ лишь въ рѣдкихъ случаяхъ, при чемъ болѣзнь обыкновенно имѣетъ продромальные симптомы (рвота, иногда упорная, постепенно развивающаяся слабость и т. д.). Амнезіи истерическія и психогенныя можно разсматривать, какъ функціональное разстройство; Корсаковскій же психозъ — болѣзнь

органическая. Поэтому амнезіи перваго рода скорѣе исчезаютъ въ общемъ, чѣмъ полиневритическое разстройство памяти. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ у истеричныхъ амнезія можетъ захватить не только тѣ событія, которыя предшествовали незадолго развитію психоза, но и длинный періодъ времени; иногда даже эта амнезія доходитъ до событій, бывшихъ въ юности или дѣтствѣ, такъ что больному снова приходится почти всему переучиваться. При Корсаковскомъ психозѣ, въ его тяжелыхъ случаяхъ или временно въ теченіе тяжелаго періода болѣзни въ типическихъ случаяхъ, а также въ старческихъ случаяхъ, амнезія можетъ захватывать послѣднія 20 — 30 лѣтъ, но не углубляется въ прошлое такъ далеко, какъ иногда истерическая амнезія, хотя и функціональная, а не органическая, каковой является полиневритическая. Ради полноты изложенія можно бы указать и на то, что физическіе признаки, сопровождающіе истерическія и психогенныя амнезіи, съ одной стороны, и характерные для Корсаковскаго психоза, съ другой, неодинаковы. Для первыхъ характерны прежде всего слѣдующіе признаки: пониженіе или отсутствіе глоточнаго рефлекса, анэстезіи, чаще всего наблюдаемыя въ одной половинѣ тѣла или рѣзче выраженныя въ опредѣленныхъ мѣстахъ, суженіе поля зрѣнія и т. д. При Корсаковскомъ психозѣ распредѣленій анэстезій иное, чѣмъ тамъ; именно, здѣсь анэстезіи выражены преимущественно въ нижнихъ конечностяхъ, особенно въ области стопъ; на рукахъ анэстезіи больше въ области кистей, чѣмъ на предплечіи. Истерическія анэстезіи могутъ быть рѣзко отграниченными на кожѣ и не соотвѣтствуютъ расположенію мелкихъ нервныхъ вѣточекъ, между тѣмъ какъ полиневритическія анэстезіи не имѣютъ рѣзкихъ границъ и находятся въ связи съ пораженіемъ мелкихъ периферическихъ нервныхъ развѣтвленій.

Амнезіи, имѣющія нѣкоторое внѣшнее сходство съ частичной картиной болѣзни при Корсаковскомъ психозѣ, могутъ обнаружиться иногда и при эпилепсіи, и въ другихъ случаяхъ, но здѣсь нѣтъ, думается намъ, надобности останавливаться на дифференціальной діагностикѣ.

ГЛАВА ВОСЬМАЯ.

Предсказаніе при Корсаковскомъ психозѣ; предсказаніе въ легкихъ случаяхъ этой болѣзни, типическихъ и тяжелыхъ.—Летальный исходъ при сочетаніи полиневрита съ туберкулезомъ.—Возможность для нѣкоторыхъ больныхъ, страдающихъ Корсаковскимъ психозомъ, лѣчиться въ общихъ больницахъ.—Объ уходѣ за больными при Корсаковскомъ психозѣ, о томъ, какъ избѣжать пролежней у слабыхъ больныхъ, какъ поступать при задержаніи испражненій и нарушеніи мочеиспусканія при подавленномъ сознаніи.—Примѣненіе фармацевтическихъ средствъ.

Что касается предсказанія при Корсаковскомъ психозѣ, то надо замѣтить, что оно бываетъ различнымъ: въ однихъ случаяхъ оно относительно благопріятное, въ другихъ—менѣе благопріятное, въ третьихъ—дурное; абсолютно хорошимъ оно не бываетъ. Въ легкихъ случаяхъ Корсаковскаго психоза, особенно развивающагося у молодыхъ субъектовъ, при отсутствіи истощающей физической болѣзни, наступаетъ вскорѣ улучшеніе; это послѣднее идетъ сначала быстро, а потомъ все медленнѣе и медленнѣе; память больного можетъ настолько улучшиться, что окружающіе и не замѣчаютъ дефектовъ ея; они ясны и несомнѣнны для самого больного, который видитъ, что его память стала не такой, какъ до болѣзни. Надо помнить, что больной, перенесшій даже легкую форму психоза, несмотря на постепенное и долго длящееся улучшеніе, едва ли можетъ разсчитывать на то, что у него наступитъ полное возстановленіе прежней памяти. Онъ можетъ начать заниматься дѣломъ, иногда довольно сложнымъ и отвѣтственнымъ, и заниматься съ успѣхомъ; но при откровенномъ разговорѣ съ врачемъ или

съ близкими больной будетъ жаловаться на то, что въ общемъ сила его памяти понизилась.

Въ тѣхъ случаяхъ Корсаковскаго психоза, которые мы разсматривали выше, какъ типическіе случаи этой болѣзни, предсказаніе является еще менѣе благопріятнымъ; здѣсь изъяны памяти остаются еще болѣе глубокіе; правда, и въ этихъ случаяхъ больной иногда начинаетъ заниматься дѣломъ, для него привычнымъ, но слабость памяти сказывается здѣсь больше: она замѣтна не только для самого больного, но и для окружающихъ; она выражается въ томъ, что больной оказывается забывчивымъ, что̀ особенно бросается въ глаза при утомленіи. Нужно сказать, что въ типическихъ случаяхъ Корсаковскаго психоза способность заниматься даже привычнымъ дѣломъ появляется позднѣе, чѣмъ въ легкихъ случаяхъ даннаго заболѣванія. При наступленіи улучшенія нужно помнить, что оно идетъ сначала быстрѣе, а потомъ весьма медленно; оно совершается въ теченіе долгаго времени; проходитъ годъ, два, три, четыре, и съ каждымъ годомъ память больного улучшается. Впрочемъ, считаемъ нелишнимъ оговориться еще разъ, что такое улучшеніе возможно лишь при извѣстныхъ благопріятныхъ условіяхъ со стороны физическаго организма. Неблагопріятное предсказаніе по отношенію къ возставленію психической дѣятельности, къ возстановленію памяти даетъ старческая или артеріосклеротическая форма Корсаковскаго психоза. Здѣсь значительнаго улучшенія памяти ожидать нельзя; здѣсь нельзя разсчитывать на то, что больной окажется способнымъ заниматься какимъ-нибудь дѣломъ. Кромѣ того, въ этихъ случаяхъ нужно опасаться осложненій, напр., появленія обширнаго размягченія въ области головного мозга, омертвѣнія въ области нижнихъ конечностей.

Какъ мы говорили выше, въ нѣкоторыхъ случаяхъ типическаго Корсаковскаго психоза при улучшеніи со стороны памяти могутъ развиться бредовыя идеи преслѣдованія; въ большинствѣ случаевъ паранойяльнаго синдрома не развивается; онъ наблюдается въ теченіи Корсаковскаго психоза сравнительно

рѣдко. Но если онъ обнаруживается, то какъ относиться къ нему и каково должно-быть предсказаніе въ подобныхъ случаяхъ? Паранойяльный синдромъ, о которомъ здѣсь рѣчь, проявляется неодинаково. Иногда у больного постепенно всплываютъ идеи преслѣдованія, оказывающіяся наклонными къ нѣкоторому систематизированію; повидимому, онѣ не имѣютъ такого дурного значенія, какъ бредъ преслѣдованія при хроническомъ помѣшательствѣ; онѣ не сопровождаются измѣненіемъ личности больного; иногда же, при существованіи бредовыхъ идей, наблюдаются у больного обостренія, съ измѣненіемъ настроенія, съ наплывомъ бредовыхъ мыслей, съ обманами органовъ чувствъ; эти обостренія могутъ давать сравнительно хорошее предсказаніе. Что касается тѣхъ случаевъ Корсаковскаго психоза, гдѣ въ теченіи болѣзни присоединяются обширныя размягченія головного мозга, то понятно само собою, что предсказаніе здѣсь плохое, такъ какъ дѣло быстро кончается смертью. Въ какихъ именно случаяхъ полиневритическаго психоза наблюдаются эти размягченія и при какихъ условіяхъ— это остается пока невыясненнымъ; въ тѣхъ случаяхъ Корсаковскаго психоза, гдѣ болѣзнь носитъ характеръ тяжелаго страданія, и въ случаяхъ этой болѣзни, развивающихся въ старческомъ возрастѣ, опасность развитія упомянутыхъ церебральныхъ размягченій, повидимому больше, чѣмъ въ легкихъ, напр., случаяхъ полиневритическаго психоза. Предсказаніе въ нѣкоторыхъ случаяхъ cerebropathia psychica toxaemica зависитъ не столько отъ пораженія центральной нервной системы, сколько отъ пораженія периферической и въ частности отъ пораженія блуждающаго нерва. Выше мы не разъ указывали на то, что въ случаяхъ Корсаковскаго психоза нѣтъ полнаго параллелизма между психическими и нервными симптомами; иногда бываетъ такъ, что съ психической стороны отмѣчаются признаки легкой формы этого психоза, а симптомы множественнаго пораженія нервныхъ стволовъ весьма интенсивны и глубоки; иногда же, правда, тѣ и другіе симптомы идутъ болѣе или менѣе параллельно. И вотъ однимъ изъ опасныхъ для

жизни симптомовъ будетъ пораженіе блуждающихъ нервовъ. У такого больного вы увидите частый пульсъ, слабаго наполненія, нѣкоторое затрудненіе дыханія; животъ у него будетъ вздутъ; при выстукиваніи вы получите рѣзко выраженный тимпаническій звукъ. Несмотря на вздутіе живота, послѣдній является рыхлымъ, подвижнымъ, легко приходящимъ въ колебаніе.

Далѣе, предсказаніе при Корсаковскомъ психозѣ находится часто въ связи и съ тою физическою болѣзнью, которая послужила непосредственною причиною болѣзни. Вамъ уже извѣстно, что самою частою причиною полиневритическаго психоза является хроническій алкоголизмъ. Кромѣ этого этіологическаго момента, Корсаковскій психозъ можетъ быть вызванъ желтухою, тифозною горячкою, піэмическимъ процессомъ, септикопіэміей и т. д. Первые два изъ только что упомянутыхъ моментовъ, разъ они вызвали психическое заболѣваніе, даютъ обыкновенно такіе случаи cerebropathia psychica toxaemica, для которыхъ предсказаніе является сравнительно благопріятнымъ; многіе случаи Корсаковскаго психоза, развивающіеся на почвѣ піэміи или септикопіэміи, заканчиваются летально, хотя надо замѣтить, что многое зависитъ здѣсь отъ самой физической болѣзни; напр., болѣе опасными для жизни будутъ такія страданія, какъ карбункулъ, обширныя флегмоны, и менѣе опасными— послѣродовыя или гинекологическія мѣстныя заболѣванія въ формѣ параметрита и т. п.

Опытъ показываетъ, что тѣ случаи Корсаковскаго психоза, которые обнаруживаются у лицъ, пораженныхъ легочнымъ туберкулезомъ, даютъ весьма дурное предсказаніе; всѣ они оканчиваются смертельнымъ исходомъ, даже и тѣ изъ нихъ, гдѣ психическіе симптомы выражены въ легкой формѣ; надо замѣтить, впрочемъ, что это—случаи алкогольнаго происхожденія. Такимъ образомъ, если вы встрѣтите больного, злоупотреблявшаго спиртными напитками, съ признаками полиневритическаго психоза и притомъ страдающаго легочнымъ туберкулезомъ, вамъ нужно будетъ имѣть въ виду почти неминуемую опасность для него летальнаго исхода.

Считаемъ нелишнимъ обратить вниманіе на то, что случаи Корсаковскаго психоза алкогольнаго происхожденія, независимо отъ другихъ условій со стороны физическаго организма, оставляютъ послѣ себя бо̀льшіе дефекты памяти и въ психической дѣятельности, чѣмъ случаи, напр., развивающіеся въ связи съ желтухой или тифозной горячкой.

Наиболѣе благопріятную прогностику вы имѣете основаніе ставить тамъ, гдѣ Корсаковскій психозъ развился у молодого человѣка или у субъекта среднихъ лѣтъ, особенно если данный случай не стоитъ въ связи съ хроническимъ алкоголизмомъ и вызванъ желтухой или тифозной горячкой. Однако, нужно замѣтить, что иногда и при существованіи только что перечисленныхъ условій полиневритическій психозъ не даетъ значительнаго улучшенія, при чемъ получается клиническая картина своеобразнаго слабоумія. Эти случаи, такъ сказать, атипическіе, встрѣчаются очень рѣдко.

Переходимъ теперь къ разсмотрѣнію того, въ чемъ должно заключаться лѣченіе больныхъ, страдающихъ Корсаковскимъ психозомъ, и какъ ухаживать за ними. Начнемъ съ послѣдняго, т.-е. съ ухода за больными этого рода.

Въ легкихъ случаяхъ полиневритическаго психоза, особенно если явленія множественнаго пораженія нервныхъ стволовъ не очень интенсивны, больной можетъ оставаться въ домашней обстановкѣ; иногда нужно совѣтовать устроиться ему въ общей больницѣ. Помѣщенія въ психіатрическое заведеніе рекомендовать не слѣдуетъ. Конечно, если больной этого желаетъ, если окружающіе склоняются къ тому же, то вы можете принять къ себѣ такого больного. Помѣщеніе его въ общую больницу или въ санаторій желательно въ тѣхъ случаяхъ, когда вы имѣете дѣло съ больнымъ, у котораго Корсаковскій психозъ развился на почвѣ хроническаго алкоголизма. Не представляя глубокаго пораженія умственныхъ способностей, сохраняя ясность сознанія, больной можетъ въ домашней обстановкѣ быть болѣе капризнымъ, требовательнымъ, раздражительнымъ, чѣмъ въ больницѣ. Иногда бываетъ такъ, что дома его трудно удер-

жать отъ употребленія вина; чувствуя себя хозяиномъ, онъ требуетъ, чтобы ему давали спиртные напитки, по его желанію; когда ему ихъ не даютъ, онъ сердится, волнуется, иногда громко бранится, такъ что окружающіе бываютъ принуждены стараться устроить его въ больничной обстановкѣ.

Многіе случаи Корсаковскаго психоза, вызванные желтухой или тифозной горячкой, обнаруживаются въ общихъ больницахъ, въ отдѣленіяхъ для внутреннихъ болѣзней; въ хирургическихъ отдѣленіяхъ встрѣчаются случаи полиневритическаго психоза, вызванные флегмонами, карбункуломъ и т. п., въ гинекологическихъ—случаи этой болѣзни, стоящіе въ связи съ мѣстными заболѣваніями въ области genitalia. Понятно само собою, что психіатру приходится нерѣдко наблюдать больныхъ, страдающихъ Корсаковскимъ психозомъ, не въ самомъ началѣ болѣзни, а съ того момента, когда интернистъ, гинекологъ, хирургъ убѣдятся въ томъ, что душевное разстройство въ данномъ случаѣ является стойкимъ, а не скоропреходящимъ; такъ какъ многіе изъ больныхъ этого рода мало безпокоятъ окружающихъ, такъ какъ они благодушны, то ихъ охотно оставляютъ для дальнѣйшаго лѣченія въ общей больницѣ.

Наиболѣе трудными случаями для ухода будутъ тѣ, гдѣ пораженіе нервныхъ периферическихъ стволовъ достигаетъ большой интенсивности и гдѣ у больного существуютъ почти полные параличи нижнихъ, а отчасти и верхнихъ конечностей; иногда боли въ конечностяхъ такъ сильны, что больной вскрикиваетъ, когда до нихъ дотрогиваются; и здѣсь нужно обращать вниманіе на то, чтобы, при поворачиваніи больного, при смѣнѣ бѣлья и пр., все это дѣлалось осторожно, деликатно, безъ суеты, безъ поспѣшности; болей этихъ нужно избѣгать не только потому, что онѣ тягостны для больного, но также и потому, что онѣ истощаютъ его. Въ виду болей, въ виду слабости его, для опорожненія кишечника, желательно въ такихъ тяжелыхъ случаяхъ пользоваться или судномъ, близко стоящимъ у кровати и съ мягкимъ резиновымъ кругомъ, или же, что является необходимымъ иногда, пользоваться подклад-

нымъ судномъ. При мочеиспусканіи слѣдуетъ употреблять мочепріемникъ, чтобы избавить больного отъ излишнихъ и, можетъ-быть, вредныхъ для него приподниманій. Слабость въ случаяхъ Корсаковскаго психоза можетъ зависѣть не только отъ параличей конечностей, но также и обусловливаться и сопутствующей физической болѣзнью, напр., туберкулезомъ, который тутъ начинаетъ быстро итти впередъ, піэміей и т. д. Отъ чего бы эта слабость ни зависѣла, разъ приходится больному лежать долгое время въ постели, необходимо заботиться о предотвращеніи пролежней; въ борьбѣ съ ними оказываютъ неоцѣнимую услугу слѣдующія условія; прежде всего, нужно стараться о томъ, чтобы больной не мочился и не испражнялся подъ себя, чтобы онъ всегда находился на сухой постели. Въ случаѣ появленія подозрительныхъ пятенъ на тѣлѣ, указывающихъ на начинающійся пролежень, можно прибѣгать къ различнымъ мѣропріятіямъ; напр., слѣдуетъ обращать вниманіе на то, чтобы на простынѣ, на тюфякѣ не было складокъ, какихъ-либо возвышеній. Далѣе, можно пользоваться резиновымъ кругомъ, подкладывая такимъ образомъ, чтобы ягодицы приходились надъ отверстіемъ его. Если это удобно для больного, то не мѣшаетъ осторожно устраивать его полежать на боку, то на одномъ, то на другомъ. Всѣ мѣста, гдѣ образовались на кожѣ подозрительныя пятна, обмываются освѣжающею ее жидкостью, напр., смѣсью, состоящею изъ равныхъ частей водки, столоваго уксуса и воды. При существованіи у больного задержки въ выведеніи испражненій приходится прибѣгать къ клизмамъ или къ легкимъ слабительнымъ (напр., вѣнскому питью), или къ тому и другому вмѣстѣ. Чтобы не очень безпокоить больного, который и безъ того можетъ быть очень слабымъ, можно употреблять небольшія глицериновыя клизмы, для чего удобны мягкіе баллоны, которыми въ домашней обстановкѣ пользуются при клизмахъ у дѣтей или для промыванія уха; для этихъ клизмъ берется ложки 2 столовыхъ глицерина и такое же количество или немного больше воды; все это въ баллонѣ взбалтывается.

При задержаніи мочи, которое можетъ обнаружиться въ тяжелыхъ случаяхъ, при подавленіи сознанія, слѣдуетъ прибѣгать къ слѣдующимъ мѣропріятіямъ. Прежде всего надо имѣть въ виду, что моча можетъ оставаться въ пузырѣ около сутокъ. Иногда бываетъ такъ, что при опорожненіи кишечника больной и помочится; можно совѣтовать попробовать предъ этимъ или во время этого произвести легкое массированіе въ нижней части живота, въ области мочевого пузыря. Если эти средства не помогаютъ, если постукиваніе въ области пузыря показываетъ, что онъ растянутъ, выходитъ замѣтно изъ-подъ лобка, то можетъ явиться надобность въ искусственномъ выведеніи мочи при помощи катетера; для этого лучше всего пользоваться мягкимъ катетеромъ, свѣжимъ, изъ хорошо сохранившагося матеріала. Вамъ нужно самому осмотрѣть катетеръ, убѣдиться въ томъ, что онъ мягокъ, не имѣетъ снаружи изъяновъ или трещинъ. Понятно само собою, что катетеръ долженъ быть хорошо дезинфицированъ. Послѣ смазыванія его конца, напр., въ жидкомъ вазелинѣ, вы вводите катетеръ осторожно и не спѣша въ мочевой каналъ. Нужно, чтобы катетеръ проходилъ болѣе или менѣе свободно; если онъ идетъ съ затрудненіемъ, то приходится обыкновенно слегка потянуть его обратно и, затѣмъ, снова продолжать дальнѣйшее введеніе. Слѣдуетъ обращать вниманіе на то, какъ реагируетъ больной на введеніе катетера и не причиняетъ ли эта операція ему боли. Надо замѣтить, что задержаніе мочи бываетъ лишь въ тяжелыхъ случаяхъ Корсаковскаго психоза, при весьма подавленномъ сознаніи, въ тѣхъ случаяхъ, которые вскорѣ кончается летальнымъ исходомъ. Въ случаяхъ не только легкихъ, но и въ типическихъ, разстройствъ мочеиспусканія не бываетъ обыкновенно.

Если больной слабъ, лежитъ въ постели, если онъ глотаетъ невполнѣ свободно, то кормить его надо съ осторожностью, съ ложки, не торопясь, давая ему пищу жидкую или самую мягкую. Это имѣетъ значеніе, понятно, также въ тяжелыхъ случаяхъ Корсаковскаго психоза.

Здѣсь нѣтъ возможности указать на всѣ мелочи ухода за такими тяжелыми больными. Намъ хотѣлось бы еще обратить вниманіе на то, что нерѣдко въ этихъ тяжелыхъ случаяхъ, какъ вообще и въ другихъ случаяхъ многихъ болѣзней, у больныхъ приходится слѣдить за состояніемъ рта, губъ, наклонныхъ давать трещины, сохнуть, покрываться корочками. Смазываніе губъ, напр., губною помадою, способствуетъ ихъ очищенію; для освѣженія полости рта можно предлагать больному изрѣдка мягкіе куски какихъ-либо плодовъ, освобожденные отъ содержащихся въ нихъ косточекъ.

Въ заключеніе остановимся еще на разсмотрѣніи собственно лѣкарственныхъ веществъ. Въ легкихъ случаяхъ Корсаковскаго психоса алкогольнаго происхожденія и находящихся въ зависимости отъ другихъ этіологическихъ моментовъ въ началѣ болѣзни нѣтъ особенной надобности въ назначеніи лѣкарственныхъ веществъ. Если больной — алкоголикъ, если онъ прежде сильно пилъ, то можно назначить ему, какъ лѣкарство, портвейнъ, въ размѣрѣ 3 — 4 ложекъ въ день, особенно если онъ требуетъ спиртныхъ напитковъ или пульсъ у него слабоватъ. Въ случаяхъ Корсаковскаго психоза алкогольнаго происхожденія болѣзнь дебютируетъ иногда рѣзко выраженнымъ бѣлогорячечнымъ синдромомъ, съ бредомъ и галлюцинаціями; если больной страдаетъ въ это время безсонницей и безпокоенъ по ночамъ, то можно назначить ему, въ качествѣ снотворнаго, хлоралъ-гидратъ, оказывающій нерѣдко большія услуги при психозахъ алкогольнаго происхожденія. При существованіи указаній на слабость пульса, на плохую дѣятельность сердца, съ назначеніемъ этого средства надо быть осторожнымъ; если нѣтъ особенныхъ опасеній съ этой стороны, то слѣдуетъ дать больному хлоралъ-гидратъ на ночь 1,0—$1^1/_2$—2,0. Вмѣстѣ съ этимъ или вмѣсто этого иногда назначается для успокоенія больного съ бѣлогорячечнымъ синдромъ опій, напр., въ порошкахъ (extractum opii aquosi, по 0,01—0,015), 2 или 3 раза въ день. Прописываніе больному упомянутыхъ лѣкарствъ имѣетъ въ виду лѣченіе, конечно, не сущности болѣзни, а ослабленіе нѣкото-

рыхъ отдѣльныхъ алкогольныхъ признаковъ ея. Какъ только послѣдніе исчезаютъ, то въ названныхъ средствахъ уже нѣтъ надобности. Въ легкихъ случахъ Корсаковскаго психоза алкогольнаго происхожденія больному можно назначить на болѣе или менѣе продолжительное время употребленіе tinctura nucis vomicae (по 5—8 капель раза 3 въ день).

Фармацевтическихъ средствъ, направленныхъ противъ самой болѣзни, у насъ не имѣется. Разъ у больного обнаружился Корсаковскій психозъ, то надо имѣть въ виду, что вы имѣете дѣло съ довольно стойкими измѣненіями не только въ периферической, но и центральной нервной системѣ. Для возстановленія этихъ измѣненій нужно много времени, и устранить ихъ мы не въ состояніи. Роль врача ограничивается лишь тѣмъ, что онъ помогаетъ возстановленію образовавшихся измѣненій, способствуя устраненію различныхъ моментовъ, ухудшающихъ состояніе больного. Поэтому, большую пользу приносятъ послѣднему разумные совѣты врача. Напр., если больной прежде пилъ, если Корсаковскій психозъ развился у него на почвѣ хроническаго алкоголизма, то надо рекомендовать окружающимъ больного удерживать его впослѣдствіи отъ злоупотребленія спиртными напитками, даже отъ употребленія ихъ вообще. Когда вы наблюдаете у больного, страдающаго Корсаковскимъ психозомъ, поправленіе, и когда онъ началъ уже ходить, то слѣдуетъ дать совѣтъ избѣгать излишнихъ утомительныхъ движеній, напр., усиленной ходьбы. Утомленіе дѣйствуетъ ослабляющимъ образомъ на организмъ такого больного, задерживая совершающееся поправленіе. Нужно предупредить родныхъ, если самъ больной объ этомъ забываетъ, что много и долго ходить ему не слѣдуетъ, такъ какъ вовсе нельзя сказать, что онъ будетъ тѣмъ скорѣе поправляться, чѣмъ форсированнѣе будетъ упражнять свои конечности, бывшія во время болѣзни слабыми или парализованными. То же самое, вы поступите вполнѣ цѣлесообразно, если посовѣтуете больному, перенесшему Корсаковскій психозъ, не сразу приступать даже къ прежнимъ занятіямъ, если укажете ему на то, что утомленіе

и работа чрезъ силу ему могутъ повредить или задерживать дальнѣйшее укрѣпленіе всего организма и въ частности памяти. Хорошее вліяніе оказываетъ на такого больного отдыхъ; если послѣдній возможенъ и если не сопряжено съ волненіями для него полученіе временнаго освобожденія отъ работы, то не мѣшаетъ рекомендовать больному на время, иногда на короткое, оставлять занятія.

Въ тѣхъ случаяхъ Корсаковскаго психоза, гдѣ болѣзнь развилась въ зависимости отъ тифозной горячки и гдѣ наблюдается большая наклонность къ желудочно-кишечнымъ разстройствамъ, слѣдуетъ совѣтовать больному остерегаться всего того, что можетъ вызвать разстройство со стороны пищеварительнаго канала.

При слабомъ пульсѣ, особенно въ тяжелыхъ случаяхъ Корсаковскаго психоза, назначаются симптоматически препараты коффеина, напр., coffeinum natro-benzoicum или coffeinum natro-salicylicum по 0,12, два-три-четыре раза въ день; кромѣ того слѣдуетъ давать еще и эѳирно-валеріановыя капли (по 10—15 капель, нѣсколько разъ въ день).

Въ тѣхъ случаяхъ полиневритическаго психоза, гдѣ въ теченіе болѣзни развиваются признаки размягченія въ области головного мозга и особенно гдѣ повышается температура, необходимо примѣнять холодъ къ головѣ; для этого удобнѣе всего пользоваться непромокаемымъ мѣшкомъ для холодной воды, для льда или снѣга. Пузырь можно замѣнять и простымъ охлаждающимъ компрессомъ; для этого берется полотенце или салфетка и смачивается въ водѣ, къ которой прибавляется снѣгъ или ледъ. Предметъ, взятый для компресса, выжимается. Такъ какъ такой компрессъ приходится мѣнять, потому что онъ согрѣвается довольно скоро, то лучше имѣть для этого компресса два предмета. Если вы назначили больному прикладываніе охлаждающаго пузыря, то необходимо обратить вниманіе на то, чтобы пузырь не давилъ на голову больного; поэтому, слѣдуетъ позаботиться о томъ, чтобы, напримѣръ, пузырь былъ

лода къ головѣ нуждается въ перерывахъ: спустя 20—30 минутъ, пузырь или компрессъ лучше всего снимать на нѣсколько минутъ съ тѣмъ, чтобы затѣмъ снова положить то или другое на голову и т. д.

Что касается лѣченія самого полиневритическаго процесса, то мы считаемъ излишнимъ останавливаться на томъ, какова должна быть терапія пораженныхъ нервныхъ стволовъ и вызванныхъ этимъ вторичныхъ явленій (боли, мышечныя атрофіи, иногда контрактуры), такъ какъ это излагается въ учебникахъ по нервнымъ болѣзнямъ. Надо замѣтить, впрочемъ, что въ весьма большомъ числѣ случаевъ Корсаковскаго психоза, при улучшеніи психическаго разстройства, наблюдается быстрое улучшеніе и чисто нервныхъ разстройствъ, что̀ совершается само собою, безъ особой терапіи, примѣняемой къ этимъ послѣднимъ. Многіе больные, о которыхъ была здѣсь рѣчь, вскорѣ начинаютъ ходить, у нѣкоторыхъ быстро сравнительно появляются колѣнные рефлексы. Въ случаяхъ же тяжелыхъ, сопровождающихся какимъ-нибудь изнурительнымъ физическимъ страданіемъ, напр., туберкулезомъ легкихъ, дѣло кончается летальнымъ исходомъ. Наконецъ, небезинтересно указать на то, что многіе случаи тяжелаго полиневрита, напр., арсеникальные, проходятъ подъ исключительнымъ наблюденіемъ невропатологовъ, такъ какъ не даютъ симптомовъ Корсаковскаго психоза.

ГЛАВА ДЕВЯТАЯ.

Навязчивыя психическія состоянія.

Общая симтоматологія навязчивыхъ психическихъ состояній (обсессій).— Навязчивыя мысли или идеи; болѣзненныя сомнѣнія.—Болѣзненное мудрствованіе.—Навязчивое міросозерцаніе.—Навязчивыя представленія.— Навязчивые страхи или фобіи.—Утрированная боязнь нечистоты; боязнь прикосновенія.—Страхъ душевной болѣзни.—Боязнь нѣкоторыхъ словъ; страхъ острыхъ предметовъ.—Навязчивыя побужденія, сопровождающіяся страхомъ.—Homicidophobia, suicidophobia, kleptophobia.—Боязнь покраснѣнія. — Навязчивый страхъ супружеской невѣрности. — Патологическая боязнь простуды.—Боязнь открытыхъ и закрытыхъ пространствъ.—Навязчивое стремленіе считать предметы.—Навязчивыя движенія.—Навязчивыя чувствованія.—Защитительныя средства при обсессіяхъ.—Приступы навязчивыхъ представленій.—Отсутствіе увѣренности въ правильности воспринятыхъ впечатлѣній.—Объ иллюзорной и галлюцинаторной формѣ обсессій

Навязчивыя психическія состоянія могутъ быть самаго разнообразнаго характера; существуютъ навязчивыя мысли или навязчивыя идеи, навязчивые страхи или фобіи, навязчивыя представленія, навязчивыя желанія или навязчивыя побужденія, навязчивыя влеченія, навязчивыя движенія и т. д. Въ виду того, что отдѣльные психическіе процессы не являются изолированными и обособленными, приведенное раздѣленіе навязчивыхъ психическихъ процессовъ носитъ нѣкоторый характеръ искусственнаго дѣленія; такъ, напр., фобіи сочетаются съ мыслью или представленіемъ о чемъ-нибудь опредѣленномъ. Что касается основныхъ отличительныхъ чертъ навязчивыхъ психическихъ процессовъ, то нужно прежде всего указать на то, что объ этихъ послѣднихъ можно говорить лишь тамъ, гдѣ

сознаніе больного остается яснымъ и непомраченнымъ. Индивидуумъ, страдающій навязчивыми психическими процессами или обсессіями, хорошо понимать и ясно сознаетъ, что онѣ возникаютъ въ его сознаніи противъ его воли и его желанія, при чемъ онъ не въ состояніи ихъ устранить. Обсессіи нарушаютъ въ той или другой степени правильное и нормальное теченіе мыслей. Несмотря на существованіе обсессій, человѣкъ, ими страдающій, сохраняетъ здравый смыслъ, остается разумнымъ и сознаетъ странность, нелѣпость, абсурдность, ненужность навязывающихся его сознанію психическихъ состояній.

Для того, чтобы болѣе выяснить характеръ обсессій, необходимо указать на то, какъ и въ какой формѣ онѣ проявляются. Собственно навязчивыя мысли или навязчивыя идеи могутъ выражаться самымъ различнымъ образомъ; чаще всего онѣ обнаруживаются въ формѣ болѣзненныхъ сомнѣній; напр., сдѣлаетъ человѣкъ что нибудь, а у него возникаетъ мысль, нужно ли это было сдѣлать, такъ ли онъ сдѣлалъ это, какъ слѣдуетъ, дѣйствительно ли сдѣлалъ, не нужно ли это передѣлать; закроетъ ли такой человѣкъ форточку, погаситъ ли огонь, у него сейчасъ же всплываетъ въ сознаніи мысль о томъ, исполнилъ ли онъ то, что ему было нужно исполнить; и вотъ онъ начинаетъ провѣрять себя, а провѣривши себя и убѣдившись на время, что онъ правъ, онъ снова подпадаетъ подъ вліяніе тѣхъ же навязчивыхъ мыслей и снова не испытываетъ полной увѣренности въ томъ, что все, что нужно, имъ сдѣлано правильно и какъ слѣдуетъ. Опуститъ такой индивидуумъ письмо въ почтовый ящикъ, а самъ начинаетъ сомнѣваться въ томъ, правильно ли онъ написалъ адресъ на конвертѣ, не перепуталъ-ли онъ писемъ, наклеилъ ли марку и т. д., и т. д. Я припоминаю одного гимназиста, учившагося очень хорошо и страдавшаго разнаго рода обсессіями, который, приготовивъ уроки къ предстоящему дню, не испытывалъ увѣренности въ томъ, что онъ знаетъ заданное ему хорошо, и онъ начиналъ повторять выученные уроки, дѣлая это не одинъ разъ; родители замѣчали, что ихъ сынъ долго готовитъ уроки, не спитъ до поздней ночи и

иногда даже засыпаетъ за учебникомъ; оказалось, что это происходило у упомянутаго гимназиста отъ болѣзненной неувѣренности въ своихъ занятіяхъ. Такого рода болѣзненная неувѣренность въ себѣ, соединенная со стремленіемъ провѣрять себя, можетъ касаться всякихъ мелочей повседневной жизни, которыя и перечислить невозможно.

Иногда навязчивыя идеи выражаются въ такъ называемомъ болѣзненномъ мудрствованіи; больной испытываетъ потребность разрѣшать разные вопросы; часто это касается религіозныхъ вопросовъ, проблемъ о происхожденіи міра, человѣка, будущей жизни и пр., при чемъ эти разсужденія носятъ не характеръ нормальнаго разрѣшенія интересующихъ людей вопросовъ, а именно навязчивыхъ разсужденій, гдѣ больной ставитъ себѣ вопросы иногда въ ненаучной формѣ и гдѣ онъ испытываетъ навязчивую потребность во что бы ни стало рѣшить поставленный себѣ вопросъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ больной задаетъ себѣ и разрѣшаетъ въ умѣ рядъ ненужныхъ и безцѣльныхъ вопросовъ; напр., онъ спрашиваетъ себя, какъ онъ поступитъ, если случится то, а не другое, что будетъ дальше, что выйдетъ въ свою очередь изъ этого и т. д.; при этомъ онъ думаетъ и размышляетъ о томъ, чего никогда не будетъ и чего никогда можетъ не случиться. Сознавая нелѣпость и безцѣльность такихъ навязчивыхъ разсужденій о томъ, чего и не будетъ, больной не въ состоянія, однако, отдѣлаться отъ нихъ; они одолѣваютъ его, заполняютъ его сознаніе, и онъ не можетъ ихъ побороть. Иногда у больныхъ, страдающихъ обсессіями, образуется, такъ сказать, навязчивое міросозерцаніе, противорѣчащее ихъ нравственной личности; напримѣръ, больной начинаетъ думать противъ его воли о томъ, что все въ мірѣ держится на половыхъ сношеніяхъ, все такъ или иначе имѣетъ отношеніе къ нимъ, все сводится къ нимъ и т. д.; понимая абсурдность такимъ воззрѣній, протестуя противъ нихъ, больной не можетъ устранить ихъ изъ своего сознанія. Понятно, что навязчивое міросозерцаніе можетъ проявиться и въ какой-нибудь другой формѣ и какъ-нибудь иначе.

Навязчивыя идеи обнаруживаются и въ томъ иногда, что больному трудно сосредоточиваться именно на томъ, на чемъ нужно въ данный моментъ; напр., приходитъ такой человѣкъ въ церковь съ желаніемъ сосредоточиться на молитвѣ, съ искреннимъ желаніемъ молиться, но оказывается, что мысли его постоянно уходятъ куда-нибудь въ сторону, и онъ ловитъ себя на томъ, что онъ думаетъ не о томъ, о чемъ нужно. Сосредоточившись на томъ, что соотвѣтствуетъ данному моменту, больной снова уносится съ своими мыслями въ сторону, снова ловитъ себя и т. д., и т. д.

Навязчивыя представленія возникаютъ въ сознаніи индивидуума, ими страдающаго, въ формѣ болѣе конкретныхъ и болѣе опредѣленныхъ образовъ; они отличаются меньшей отвлеченностью, чѣмъ навязчивыя идеи въ тѣсномъ смыслѣ этого слова, но отличаются также большимъ разнообразіемъ. Содержаніе навязчивыхъ представленій у отдѣльныхъ индивидуумовъ бываетъ, конечно, также неодинаковаго характера; весьма часто у многихъ больныхъ, страдающихъ обсессіями, наблюдаются навязчивыя представленія эротическаго или циническаго содержанія при видѣ иконъ и во время молитвы; въ эту категорію входятъ такъ называемыя хульныя представленія. Напр., начинаетъ больной молиться, а у него возникаютъ представленія о половыхъ органахъ, о половомъ актѣ, припоминаются невольно какія-нибудь сцены или картины эротическаго содержанія; сознавая всю нелѣпость подобныхъ навязчивыхъ сочетаній и возмущаясь ими, больной, несмотря на всѣ свои усилія, не въ состояніи отъ нихъ освободиться или же освобождается отъ нихъ лишь на короткое время, а затѣмъ они снова всплываютъ невольно въ сознаніи. Надо замѣтить, что вообще почему-то навязчивыя представленія эротическаго характера встрѣчаются очень часто, и притомъ у лицъ различнаго интеллектуальнаго развитвія, разнаго общественнаго положенія.

Къ числу весьма частыхъ навязчивыхъ состояній относятся навязчивые страхи или фобіи; эти послѣднія представляютъ

въ общемъ весьма пеструю и причудливую картину. У многихъ лицъ, о которыхъ идетъ здѣсь рѣчь, наблюдается ненормальная, преувеличенная и утрированная боязнь нечистоты, связанная со стремленіемъ часто мыть руки и съ боязнью прикасаться свободно и безъ волненія къ окружающимъ предметамъ. Въ этихъ случаяхъ больной испытываетъ боязнь заразиться чѣмъ-нибудь, напр., дурною болѣзнью, какою-нибудь венерическою болѣзнью или чѣмъ-либо другимъ; прикоснувшись къ предмету, считаемому имъ нечистымъ, такой человѣкъ спѣшитъ мыть руки, боясь, что если онъ не сдѣлаетъ этого, то зараза перейдетъ на него, и онъ разстроетъ чрезъ это свое здоровье. Проявленіе такой брезгливости и боязни нечистоты бываетъ у разныхъ лицъ различной интенсивности и неодинаково выражается. Приведу нѣсколько примѣровъ. Одна особа, страдавшая обсессіями, никому не позволяла прикасаться къ той чашкѣ, изъ которой она пила чай; она сама мыла свою чашку, волновалась всегда, если кто-нибудь изъ окружающихъ бралъ ея чашку или къ ней прикасался, что̀ было весьма непріятно и тягостно для упомянутой особы. Одна изъ моихъ знакомыхъ, страдавшая боязнью заразиться дурною болѣзнью, бралась за ручки дверей, часто отворяемыхъ неизвѣстными ей лицами, не иначе, какъ чрезъ что-нибудь, чрезъ платокъ, чрезъ платье; точно такъ же она поступала и въ тѣхъ случаяхъ, когда она думала, что данную дверь отворялъ и затворялъ человѣкъ, у котораго она подозрѣвала дурную болѣзнь. Нѣкоторыя изъ такихъ лицъ, утрированно боящихся нечистоты, часто моютъ свои руки; иныя сдуваютъ пыль или обтираютъ всегда то мѣсто, гдѣ нужно сѣсть. Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ приходится наблюдать, что больной, боясь нечистоты и заразы, старается по возможности ни къ чему не прикасаться и держитъ руки особеннымъ, осторожнымъ образомъ. Я припоминаю одну больную, которая снова отсылала къ прачкѣ бѣлье, если, напр., узелъ съ только что принесеннымъ отъ прачки бѣльемъ падалъ случайно на полъ; эта же больная сама мыла всю посуду, необходимую для ея стола, при чемъ

все это дѣлалось весьма сложно и не такъ просто, какъ это дѣлается обыкновенными людьми; боязнь нечистоты въ данномъ случаѣ проявлялась въ различныхъ отношеніяхъ и касалась самыхъ разнообразныхъ предметовъ. Лица, страдающія болѣзнью прикосновенія, иногда моютъ свои руки такъ часто и такъ усердно и старательно, что кожа на нихъ становится сухой и склонной давать трещины и изъязвленія. Нужно замѣтить, что подобнаго рода боязнь заразы или нечистоты сопровождается у больного обыкновенно и недостаточною увѣренностью, что онъ вымылъ руки хорошо, и стремленіемъ вымыть ихъ еще почище на всякій случай. Одна изъ больныхъ боялась и волновалась по поводу того, что какая-нибудь зараза и нечистота можетъ пристать къ ней и на разстояніи, чрезъ воздухъ, чрезъ носящуюся въ немъ пыль или еще какимъ-нибудь образомъ. Обыкновенно больной понимаетъ при этомъ всю неосновательность своихъ опасеній и страховъ, но онъ не можетъ отдѣлаться отъ нихъ; если онъ не сдѣлаетъ того, что подсказываетъ навязчивый страхъ, если онъ, напр., не вымоетъ рукъ, то онъ испытываетъ волненіе и тревогу, начинаетъ мучиться; и вотъ, чтобы успокоить себя, онъ дѣлаетъ то, что его разумъ считаетъ ненужнымъ, излишнимъ, болѣзненнымъ даже.

У одного изъ больныхъ боязнь прикосновенія къ окружающимъ и встрѣчающимся лицамъ сочеталась навязчивымъ образомъ съ представленіемъ и мыслью причинить чрезъ это вредъ другимъ людямъ; онъ боялся, какъ бы ему кого-нибудь не задѣть; бывать для него въ церкви и въ людныхъ мѣстахъ было истиннымъ мученіемъ; приходя, напр., въ церковь или выходя изъ нея, онъ держался особенно осторожно, боясь, какъ бы къ кому-нибудь не прикоснуться и не причинить чрезъ то вредъ данному лицу; ему приходили въ голову мысли, что если онъ задѣнетъ кого-нибудь, то это лицо можетъ упасть, заболѣть, сломать себѣ ногу, почувствовать боль и т. д. Больше всего испытывалъ больной этотъ навязчивый страхъ при видѣ стариковъ, немощныхъ физически, при видѣ дѣтей; ихъ

онъ сторонился и опасался еще больше. Войдя благополучно въ церковь, больной начиналъ волноваться, выходя изъ нея, соображая заранѣе, какъ бы ему пройти въ дверяхъ такъ, чтобы никого не задѣть. Такъ какъ нерѣдко случалось, что, несмотря на свою осторожность, больной кого-нибудь задѣвалъ или кто-нибудь его задѣвалъ, что̀ въ сущности было для него безразлично, онъ начиналъ тревожиться, волноваться, сокрушаться о томъ, не пострадалъ бы чрезъ это тотъ, къ кому онъ прикоснулся; это начинало больного безпокоить настолько, что онъ подходилъ къ тому человѣку и спрашивалъ, извиняясь, не задѣлъ ли онъ его и не причинилъ ли онъ ему вреда. Кромѣ того, иногда этотъ больной, зная, что онъ никого не задѣлъ, испытывалъ сомнѣніе, такъ ли это было на самомъ дѣлѣ, что онъ никого не задѣлъ; очень часто, даже ни къ кому не прикоснувшись, онъ начиналъ волноваться по поводу того, что, можетъ-быть, онъ не замѣтилъ, какъ задѣлъ кого-нибудь, или не помнитъ объ этомъ хорошо; и въ такомъ случаѣ онъ подходилъ къ кому-нибудь, часто къ совершенно незнакомому лицу, и спрашивалъ о томъ, не причинилъ ли онъ ему вреда, не задѣлъ ли онъ его по своей неосторожности.

У нѣкоторыхъ лицъ, страдающихъ обсессіями и имѣющихъ отношеніе къ конторскимъ занятіямъ, наблюдается боязнь, что они не могутъ написать бумагу такъ, какъ это нужно; нерѣдко при этомъ является у больного боязнь и страхъ, что онъ можетъ написать совсѣмъ не то, что слѣдуетъ, или даже что-либо его компрометирующее; иногда эта навязчивая боязнь доставляетъ больному большія мученія и сопровождается страхомъ бумагъ. У одного больного, по занятію нотаріуса, существовалъ рѣзкій страхъ, что онъ можетъ написать въ своихъ бумагахъ и въ дѣлахъ что-либо неподходящее, что̀ его сконфузитъ и повредитъ ему; онъ боялся, какъ бы ему не написать какихъ-либо бранныхъ словъ по адресу кого-нибудь изъ высокопоставленныхъ лицъ; въ періодѣ ухудшенія своего состоянія онъ съ волненіемъ и съ безпокойствомъ спрашивалъ, не оставилъ ли онъ гдѣ-нибудь бумажки, на которой могъ бы написать слова, его

компрометирующія и могущія подвести его подъ судъ; этотъ больной, кромѣ того, былъ такъ не увѣренъ въ своихъ поступкахъ, въ самомъ себѣ, что просилъ запирать на замокъ комнату, гдѣ хранились его дѣла; онъ не вѣрилъ самому себѣ и не надѣялся на самого себя, хотя разумъ его и подсказывалъ ему, что его опасенія, страхи и тревоги напрасны, неосновательны, нелѣпы, и хотя онъ самъ понималъ, что боленъ.

У весьма многихъ больныхъ, страдающихъ навязчивыми психическими состояніями, можно констатировать страхъ заболѣть душевною болѣзнью съ потерею сознанія; это наблюдается какъ въ болѣе легкихъ случахъ обсессій, такъ и въ болѣе тяжелыхъ; боязнь такого рода выражается въ томъ, что больной, замѣчая у себя ненормальности въ психической сферѣ, начинаетъ тревожиться по поводу того, что мысли его могутъ спутаться, и онъ перестанетъ понимать окружающее и осмысленно къ нему относиться. Иногда больной, поэтому, начинаетъ внимательно слѣдить за собою, провѣряетъ себя самъ и чрезъ другихъ, спрашиваетъ у окружающихъ, ему близкихъ. Такой страхъ заболѣть серьезною душевною болѣзнью можетъ возникнуть и усилиться при видѣ лицъ, страдающихъ душевною болѣзнью, или при разсказѣ о нихъ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ у больного возникаетъ страхъ и безпокойство о томъ, что другіе могутъ подумать что онъ боленъ душевною болѣзнью, ненормаленъ и лишенъ разума. Иногда къ этому присоединяется навязчивый страхъ встрѣтиться и увидѣть душевнобольного. Такъ, напр., одна изъ больныхъ такъ сильно этого боялась, что избѣгала приходить даже въ соприкосновеніе съ тѣми предметами, къ которымъ могли бы, по ея представленію, больные прикоснуться. Очень часто видъ больныхъ психически, особенно безпокойныхъ и проявляющихъ явныя для всѣхъ ненормальности, удручаетъ и разстраиваетъ лицъ, страдающихъ навязчивыми психическими состояніями. Одна больная стыдилась того, что она обращается за совѣтомъ въ психіатрическую клинику, не говорила объ этомъ мужу и на бланкѣ для рецептовъ срывала край, гдѣ сказано было, откуда выданъ былъ рецептъ.

Нерѣдко при обсессіяхъ приходится наблюдать боязнь нѣкоторыхъ словъ, а именно такихъ словъ, которыя указываютъ на что-нибудь непріятное для больного или вызываютъ мысли и представленія о чемъ нибудь, что его волнуетъ или когда-либо волновало и безпокоило. Многіе больные совсѣмъ не могутъ слышать, когда произносятъ при нихъ вслухъ слова: „смерть, самоубійство, чортъ“ и т. д.; иной разъ эти слова такъ тревожатъ и пугаютъ больного, что онъ готовъ даже избѣгать и можетъ дѣйствительно избѣгать встрѣчи съ тѣми лицами, которыя произносятъ подобныя слова; онъ не только волнуется, когда слышитъ ихъ произносимыми, но разстраивается и тогда, когда встрѣчаетъ ихъ въ книгѣ или въ письмѣ. Указанныя выше слова потому обыкновенно тревожатъ и пугаютъ больного, что вызываютъ въ его сознаніи рядъ другихъ опасеній навязчиваго характера; напр., слово „смерть“ или слово „самоубійство“ могутъ сопровождаться навязчивымъ опасеніемъ, что съ нимъ, съ больнымъ, случится какое-нибудь несчастіе, соотвѣтствующее содержанію этихъ словъ, или съ кѣмъ-либо изъ близкихъ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ навязчивая боязнь нѣкоторыхъ словъ выражена очень рѣзко и гдѣ съ нею больному приходится вести мучительную борьбу, тамъ онъ принимаетъ всѣ мѣры къ тому, что бы нигдѣ не встрѣчаться по возможности съ этими словами, и тщательно оберегаетъ себя въ этомъ направленіи. Иногда у больныхъ, страдающихъ обсессіями, наблюдается навязчивый страхъ какихъ-нибудь индифферентныхъ по своему внутреннему смыслу словъ; но здѣсь надо думать, конечно, о томъ, что больной понимаетъ внушающее ему страхъ слово въ какомъ либо особенномъ и одностороннемъ смыслѣ; или же слѣдуетъ предполагать, что оно связано съ непріятнымъ чувствомъ случайно или чрезъ посредство другихъ мыслей и представленій, выпавшихъ впослѣдствіи изъ цѣпи навязчивыхъ ассоціацій; интересно, для пониманія генеза боязни индифферентныхъ словъ, всегда выяснить, какъ образовалась эта боязнь, какъ и чрезъ что она возникла.

Нерѣдко при обсессіяхъ приходится встрѣчаться съ навязчивою боязнью острыхъ предметовъ, какъ-то: вилокъ, ножей, булавокъ, стеколъ и т. д., при чемъ видъ этихъ предметовъ можетъ сильно разстраивать и волновать больныхъ; обыкновенно это связывается съ различными навязчивыми представленіями о томъ, что при помощи названныхъ предметовъ можно причинить вредъ или себѣ, или близкимъ окружающимъ; больной, напримѣръ, боится того, какъ бы ему, при помощи попавшагося въ руки ножа, не уничтожить кого-нибудь, какъ бы не покончить съ собою, о чемъ, впрочемъ, будетъ рѣчь подробнѣе нѣсколько ниже. Что касается булавокъ, иголокъ, мелкихъ стеколъ, то у больного можетъ возникать опасеніе, какъ бы эти предметы не попали случайно кому-нибудь въ пищу, какъ бы ихъ кто-либо случайно не проглотилъ; подъ вліяніемъ этихъ мыслей у больного появляется иногда стремленіе искать ихъ тамъ, гдѣ ихъ и бояться нечего, провѣрять себя въ этомъ направленіи и пр. У одной изъ больныхъ на этой почвѣ образовалась боязнь склянокъ, боязнь давать изъ нихъ лѣкарство и сильная тревога и волненіе, что склянку могутъ разбить и что при этомъ можетъ попасть съ лѣкарствомъ и кусочекъ стекла.

Какъ я только что сказалъ, боязнь острыхъ предметовъ, напр., ножей, у многихъ лицъ, страдающихъ обсессіями, сочетается или проявляется вмѣстѣ съ навязчивымъ страхомъ кого нибудь убить; при этомъ больной испытываетъ какъ бы желаніе и побужденіе сдѣлать это, не вѣритъ тому, что онъ всегда и при всѣхъ условіяхъ въ состояніи удержаться отъ такого поступка, хотя понимаетъ ясно и чувствуетъ, что онъ этого не желаетъ, не хочетъ, протестуетъ противъ этого, возмущается тѣмъ, что ему приходятъ въ голову такія мысли, противорѣчащія его основному нравственному складу и убѣжденіямъ. Приведу нѣсколько примѣровъ: обращается за совѣтомъ въ клинику молодой человѣкъ, страдающій различными навязчивыми психическими состояніями, у котораго одно время обнаружился въ весьма рѣзкой формѣ страхъ какъ бы не убить ему одного

хорошаго знакомаго; къ этому послѣднему больной относился очень дружески и удивлялся тому, что его одолѣваютъ такія странныя мысли; однако, онѣ волновали его, пугали, сильно тревожили, и больной сомнѣвался въ томъ, можетъ ли онъ удержаться отъ своего навязчиваго побужденія, вызывавшаго у него ужасъ и страхъ. Припоминаю еще одну молодую женщину, которая была напугана тѣмъ, что у нея явилось навязчивое побужденіе и навязчивое желаніе убить любимаго ребенка; больная этого очень испугалась, не знала, какъ ей и отогнать такія мысли и желанія, появившіяся противъ ея воли и возмущавшія ее. Въ этихъ случаяхъ у больныхъ боязнь совершить преступленіе сопровождается страхомъ острыхъ предметовъ, причемъ больные стараются держать ихъ отъ себя подальше, не довѣряя самимъ себѣ.

Нерѣдко при обсессіяхъ можно констатировать навязчивую боязнь покончить съ собою насильственнымъ образомъ. Напр., больной постоянно боится того, что у него явится желаніе повѣситься; хотя оно всплываетъ въ его сознаніи противъ его воли, однако оно сильно пугаетъ и тревожитъ его. Я припоминаю одну больную, страдавшую обсессіями и, между прочимъ, навязчивымъ страхомъ того, что она можетъ покончить съ собою самоубійствомъ, именно повѣситься; этотъ страхъ существуетъ у нея давно; временами онъ сильнѣе, временами слабѣе, но рѣдко оставляетъ ее. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ больные, о которыхъ идетъ рѣчь, опасаются, что у нихъ можетъ явиться желаніе украсть что-нибудь; иногда такой больной не вѣритъ себѣ, осматриваетъ свои карманы и провѣряетъ себя, не укралъ ли онъ на самомъ дѣлѣ у кого-нибудь что-либо.

Иногда больной боится того, что его могутъ заподозрѣть въ воровствѣ или присвоеніи чужой вещи, если вдругъ случится какая-нибудь пропажа тамъ, гдѣ онъ живетъ; иногда эти навязчивыя опасенія такъ тревожатъ больного, что онъ принимаетъ нѣкоторыя мѣры на всякій случай, придумывая, напр., какія неопровержимыя доказательства своей несомнѣнной невинности ему представить. Подобный навязчивый страхъ можетъ

заставлять больного опасаться, какъ бы, въ виду неожиданной смерти кого-нибудь изъ окружающихъ, не заподозрѣли его въ качествѣ виновника ея. Иной разъ наблюдается навязчивый страхъ обидѣть кого-нибудь или возстановить кого-либо противъ себя.

Къ числу навязчивыхъ страховъ относится у женщинъ страхъ того, что подъ вліяніемъ полового возбужденія у нихъ возникнетъ желаніе броситься въ объятія перваго встрѣчнаго и имѣть съ нимъ половое сношеніе; иногда такого рода навязчивый страхъ бываетъ весьма мучительнымъ, упорнымъ, удручающимъ больныхъ и сопровождается разными ощущеніями въ области genitalia.

У многихъ лицъ, главнымъ образомъ у лицъ молодыхъ, а также и средняго возраста, существуетъ боязнь покраснѣнія; эта фобія выражается въ томъ, что данный человѣкъ боится, что онъ можетъ покраснѣть при такихъ условіяхъ, когда этого не бываетъ у другихъ людей; начиная разговаривать съ кѣмъ-нибудь, особенно въ присутствіи нѣсколькихъ лицъ, такой субъектъ начинаетъ краснѣть, что его волнуетъ и смущаетъ; видя, что разговаривающіе съ нимъ замѣчаютъ его недостатокъ, онъ смущается еще больше; иногда боязнь покраснѣнія выражена въ рѣзкой формѣ и доставляетъ много мученій такому человѣку, заставляя его избѣгать иногда посѣщенія общественныхъ собраній, преимущественно бывающихъ днемъ.

Иногда при навязчивыхъ психическихъ состояніяхъ наблюдается боязнь не удержать мочу, когда это будетъ нужно; эта боязнь выражается въ томъ, что у даннаго индивидуума появляется позывъ на мочу и страхъ, что не хватитъ силъ удержать мочу, въ такихъ условіяхъ, когда неудобно уйти въ клозетъ, напр., при гостяхъ или въ гостяхъ. У одного изъ лицъ, страдавшихъ обсессіями, въ теченіе нѣкотораго времени наблюдался страхъ, что онъ можетъ при постороннимъ нечаянно выпустить газы изъ задняго прохода; то этотъ господинъ страшился того, что испусканіе газовъ можетъ сопровождаться громкимъ и слышнымъ для всѣхъ непріятнымъ звукомъ; то онъ

боялся того, что газы могутъ выходить изъ задняго прохода незамѣтно для него, что они могутъ портить воздухъ, что также можетъ сконфузить его.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ навязчивый страхъ выражается въ видѣ боязни не удержаться отъ испражненія, что вполнѣ аналогично двумъ послѣднимъ навязчивымъ страхамъ—страху не удержать мочу и страху испустить газы.

Припоминая еще различные виды фобій, встрѣчающихся у различныхъ индивидуумовъ, страдающихъ навязчивыми психическими состояніями, нужно отмѣтить, что навязчивые страхи могутъ облекаться въ самую причудливую форму. Очень часто въ этихъ случаяхъ существуетъ въ той или другой степени боязнь животныхъ; одни не могутъ видѣть безъ волненія и равнодушно кошекъ, другихъ пугаютъ собаки больше всего, третьихъ—лягушки и т. д. Одна изъ больныхъ испытывала боязнь забыть какъ разъ именно то, что помнить ей было необходимо, и успокоивала себя тѣмъ, что старалась больше записывать, чѣмъ просто держать это въ головѣ. У нея же былъ страхъ при видѣ платья и бѣлья, вывороченныхъ наизнанку, и при видѣ окружающихъ предметовъ, отражающихся не въ плоскихъ поверхностяхъ, а въ вогнутыхъ, выпуклыхъ или какихъ-нибудь иныхъ. Видя во время гулянья гдѣ-нибудь висящее и вывороченное наизнанку бѣлье, эта больная начинала волноваться и такъ разстраивалась, что должна была сейчасъ же возвращаться домой и прекращать свою прогулку. Когда она находилась въ комнатѣ, то старалась не смотрѣть, какъ отражаются окружающіе предметы въ блестящихъ поверхностяхъ; видъ предметовъ, принимающихъ при этомъ неправильныя и искаженныя формы, ее тревожилъ, волновалъ, и она должна была избѣгать видѣть такія отраженія, выражающіяся въ исковерканномъ видѣ предметовъ.

Иногда при обсессіяхъ встрѣчается страхъ часовъ; тиканіе ихъ или видъ ихъ пугаетъ больного, волнуетъ, тревожитъ, не даетъ покоя, какъ что-то особенно непріятное; конечно, изслѣдовать пульсъ съ часами въ рукахъ у такого больного врачу невозможно и неудобно.

Въ одномъ случаѣ, гдѣ дѣло касалось молодой женщины, матери семейства, наблюдался своеобразный навязчивый страхъ измѣны со стороны мужа. Не будучи ни истеричной, ни больной съ первичнымъ помѣшательствомъ, больная испытывала временами очень сильный страхъ, что мужъ можетъ ей измѣнить и даже измѣняетъ; когда этотъ страхъ ея не безпокоилъ, больная вполнѣ понимала ненормальность своего состоянія и нелѣпость своихъ страховъ, т.-е. она страдала настоящимъ навязчивымъ страхомъ.

Иногда фобіи выражаются въ видѣ патологической боязни простуды; этотъ страхъ проявляется въ томъ, что или самъ данный индивидуумъ постоянно боится простуды, тепло одѣвается даже и въ теплую погоду, или же боится, что простудится другой, близкій ему человѣкъ, что̀ приходится встрѣчать у мнительныхъ матерей, боящихся утрированно простуды своихъ дѣтей.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, не очень рѣдкихъ притомъ, существуетъ навязчивый страхъ площадей и открытыхъ мѣстъ (агарафобія), боязнь закрытыхъ и тѣсныхъ пространствъ (кляустрофобія) и пр. У иныхъ отмѣчается страхъ ѣздить по желѣзнымъ дорогамъ, другіе страшатся ѣздить на пароходахъ и т. д. Навязчивые страхи, какъ мы уже сказали, бываютъ весьма разнообразны, и здѣсь нѣтъ возможности перечислить всѣ ихъ виды, что̀, впрочемъ, и не входитъ въ задачу настоящей работы.

Кромѣ указанныхъ выше навязчивыхъ психическихъ процессовъ и кромѣ навязчивыхъ желаній и побужденій, связанныхъ съ отмѣченными выше фобіями, при обсессіяхъ наблюдаются также навязчивыя побужденія, сочетающіяся съ навязчивыми движеніями и въ нихъ выражающіяся. У многихъ лицъ, у которыхъ существуютъ такъ наз. хульныя мысли, наблюдается стремленіе произносить слова соотвѣтственнаго содержанія; напр., является стремленіе бранить, противъ воли и желанія, Бога, святыхъ, уважаемыхъ людей и т. д. Иногда больной жалуется на то, что языкъ словно произноситъ эти

бранныя слова, и онъ чувствуетъ какъ бы движенія въ языкѣ; въ другихъ случаяхъ, дѣйствительно, больной произноситъ про себя и негромко хульныя слова, не будучи въ состояніи удержаться отъ этого. Нѣкоторые больные, страдающіе боязнью совершить преступленіе, напр., убить человѣка, могутъ испытывать при этомъ особенныя ощущенія въ рукѣ; эту послѣднюю имъ какъ будто приходится удерживать отъ совершенія извѣстнаго движенія. Эти ощущенія въ рукѣ, сопровождающіяся иногда, можетъ быть, и нѣкоторыми зачаточными движеніями, вполнѣ, мнѣ думается, аналогичны тѣмъ движеніямъ, которыя испытываютъ больные въ языкѣ при хульныхъ мысляхъ. Указанныя выше фобіи, сочетающіяся съ боязнью не удержать во-время мочу или испражненія или не удержаться отъ испусканія газовъ, также, повидимому, сопровождаются ощущеніемъ движенія въ области того или другого отдѣла наружныхъ аппаратовъ тазовыхъ органовъ (задняго прохода и органа мочеиспусканія).

Иной разъ при обсессіяхъ существуетъ стремленіе поставить окружающіе предметы въ опредѣленномъ порядкѣ; напр., если вещи стоятъ извѣстнымъ образомъ, то это безпокоитъ и тревожитъ больного; а если онъ поставитъ ихъ такъ, какъ ему хочется, то онъ чувствуетъ себя спокойно, можетъ работать, въ противномъ же случаѣ волнуется, не можетъ заниматься. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ у больного является потребность принять извѣстную позу, а не другую, для того чтобы чувствовать себя спокойно; иногда это такая поза, которую надо даже считать менѣе удобной.

Весьма часто при обсессіяхъ приходится констатировать навязчивое стремленіе считать предметы, попадающіеся по дорогѣ, окна въ домахъ, стекла въ окнахъ, свои шаги или что-нибудь другое (аритмоманія). Одинъ больной жаловался на то, что онъ испытываетъ иногда навязчивое стремленіе осмотрѣть какой-нибудь предметъ, не представляющій даже интереса, во всѣхъ мельчайшихъ подробностяхъ, напр., окно, стѣны и т. д.

Говоря объ общей симптоматологіи навязчивыхъ психическихъ состояній, намъ нужно еще остановиться на нѣкоторыхъ признакахъ, знакомство съ которыми необходимо для пониманія состоянія больныхъ, служащихъ предметомъ настоящаго изслѣдованія; я имѣю въ виду, между прочимъ, такъ называемыя защитительныя средства, употребляемыя больными, страдающими навязчивыми психическими состояніями, для борьбы съ ними; иногда больной пользуется для этого отмахиваніемъ; иногда у него является потребность сдѣлать рядъ движеній болѣе или менѣе сложныхъ; въ нѣкоторыхъ же случаяхъ больному нужно, при борьбѣ съ навязчивыми мыслями и навязчивыми представленіями, произнести рядъ словъ и фразъ противоположнаго содержанія.

Встрѣчаются больные, у которыхъ временами наблюдается внезапный наплывъ интенсивныхъ навязчивыхъ мыслей, носящій какъ бы характеръ какихъ-то припадковъ, когда больной ведетъ себя весьма неправильно и когда онъ находится во власти своихъ навязчивыхъ мыслей. Въ время такихъ приступовъ навязчивыхъ идей и представленій наблюдается суженіе поля сознанія и, можетъ быть, также нѣкоторое затуманеніе его. Своеобразное состояніе сознанія существуетъ иногда при обсессіяхъ въ тѣхъ случаяхъ, когда больной не довѣряетъ впечатлѣніямъ, доставляемымъ органами чувствъ; при этихъ условіяхъ онъ можетъ сомнѣваться, то ли онъ видитъ, что есть на самомъ дѣлѣ, то ли онъ онъ слышитъ, что имѣетъ мѣсто въ дѣйствительности: иногда такой больной словно не увѣренъ въ реальности того, что его окружаетъ, и сомнѣвается даже какъ бы и въ собственномъ существованіи.

Заканчивая общую симптоматологію навязчивыхъ психическихъ состояній, я хотѣлъ бы указать еще на возможность иллюзорныхъ или галлюцинаторныхъ образовъ, находящихся въ связи съ навязчивыми мыслями и съ навязчивыми представленіями. Иногда эти послѣднія бываютъ такъ ярки, что больному кажется, что онъ словно видитъ, напр., тотъ предметъ который навязывается его сознанію. Напр., одинъ изъ больныхъ,

ніями, нерѣдко наблюдаются навязчивыя движенія, которыя могутъ выражаться различнымъ образомъ; напр., больной долженъ сдѣлать извѣстное движеніе или рядъ ихъ (жестъ или стукнуть опредѣленное число разъ), прежде чѣмъ приняться за что-нибудь; если онъ не исполнитъ этого, то чувствуетъ безпокойство и волненіе и тревожится такъ, какъ будто отъ этого можетъ случиться съ кѣмъ-нибудь изъ близкихъ или съ нимъ самимъ какое-либо несчастіе, болѣзнь и пр. Больной подчиняется этимъ навязчивымъ дѣйствіямъ, сознавая вполнѣ ихъ ненужность и нелѣпость, даже болѣзненность и ненормальность. Въ эту группу навязчивыхъ движеній входятъ, повидимому, многія изъ тикозныхъ движеній психическаго происхожденія; въ нѣкоторыхъ случаяхъ психика тикозныхъ совпадаетъ съ психикой лицъ, страдающихъ навязчивыми психическими состояніями, но объ этомъ рѣчь будетъ ниже.

Иногда при навязчивыхъ психическихъ состояніяхъ больной испытываетъ чувство тревоги, непріятное самочувствіе безъ связи съ какими-либо опредѣленными мыслями или представленіями; здѣсь можно бы, пожалуй, говорить о навязчивыхъ чувствованіяхъ непріятнаго характера; это душевное состояніе нельзя смѣшивать съ чувствомъ тоски, которое иного рода. Непріятно-тревожное чувство при обсессіяхъ можетъ длиться недолго, минутами, часами; оно можетъ быстро смѣняться ровнымъ настроеніемъ, даже хорошимъ самочувствіемъ, подъ вліяніемъ пріятныхъ и отвлекающихъ впечатлѣній. Въ такомъ состояніи больной волнуется въ душѣ и тревожится, какъ бы ожидая какой то непріятности; всякій пустякъ можетъ его легко разстроить и заставить много думать о немъ, пока не смѣнится чѣмъ-нибудь другимъ и т. д., и т. д. Одинъ изъ больныхъ, напр., жаловался на то, что онъ просыпался по утрамъ съ чувствомъ неисполненнаго долга; онъ испытывалъ при этомъ такое состояніе, какъ будто онъ не сдѣлалъ того, что ему нужно было сдѣлать; и подобное чувство онъ могъ констатировать у себя даже и тогда, когда его сознаніе говорило, что все, что нужно, онъ исполнилъ, какъ слѣдуетъ.

страдавшихъ хульными мыслями, жаловался на то, что ему представляется рядъ голыхъ мущинъ съ обнаженными половыми органами; при чемъ эти представленія были такъ ярки иногда, что больной какъ бы видѣлъ все это на самомъ дѣлѣ. Наиболѣе яркіе иллюзорные и галлюцинаторные образы, какъ зрительные, такъ и слуховые, наблюдаются, повидимому, главнымъ образомъ при осложненіи навязчивыхъ мыслей какимъ-нибудь прибавочнымъ психическимъ состояніемъ, напр., при сочетаніи ихъ съ меланхолическимъ состояніемъ, о чемъ рѣчь будетъ еще ниже. Но и при чистыхъ навязчивыхъ состояніяхъ можетъ быть нѣчто аналогичное слуховымъ обманамъ. Я припоминаю одну больную, у которой существовали самыя разнообразныя навязчивыя психическія состоянія; у нея, между прочимъ, была боязнь стеколъ; она волновалась при видѣ стеклянной посуды; она боялась дать лѣкарство дѣтямъ изъ склянки; она тревожилась по поводу того, какъ бы гдѣ-нибудь въ домѣ не разбили стекла и какъ бы это послѣднее не попало кому-либо внутрь съ пищей; иногда ея мысли были такъ настроены въ этомъ отношеніи, что ей казалось, что она какъ будто ясно слышитъ шумъ отъ битья стеколъ. Конечно, обманы со стороны органовъ чувствъ, обманы такого приблизительно происхожденія, могутъ быть при обсессіяхъ и со стороны вкуса или обонянія, а также и осязанія.

ГЛАВА ДЕСЯТАЯ.

Тревожно-мнительный характеръ.—Psychopathia ideo-obsessiva.—Psychosis ideo-obsessiva.—Constitutio ideo-obsessiva.—Психологическія особенности лицъ, обладающихъ тревожно-мнительнымъ характеромъ.—Разнообразныя и многочисленныя навязчивыя состоянія у одного и того же индивидуума при psychopathia ideo-obcessiva; начало ихъ въ молодомъ возрастѣ или даже въ дѣтствѣ: теченіе ихъ съ колебаніями: обостренія ихъ въ періодѣ полового развитія, въ пожиломъ, возрастѣ а также въ зависимости отъ условій эндогеннаго и экзогеннаго характера.—Клиническія проявленія при psychosis ideo-obsessiva.—Симптомокомплексъ навязчивыхъ задержекъ.

Познакомившись съ общей симптоматологіей различныхъ навязчивыхъ психическихъ состояній, переходимъ теперь къ разсмотрѣнію того, въ какой формѣ, въ какомъ видѣ они проявляются въ жизни и въ клиникѣ. Самою легкою, самою слабою формой навязчивыхъ состояній будетъ *тревожно-мнительный характеръ,* который лежитъ въ основѣ опредѣленно выраженныхъ навязчивыхъ мыслей, страховъ и т. п., дающихъ картину *psychopathia ideo-obsessiva*, и въ основѣ психоза навязчивыхъ мыслей *(psychosis ideo-obsessiva)*. Мы полагаемъ, что тревожно-мнительный характеръ, psychopathia ideo-obsessiva и psychosis ideo-obsessiva суть проявленія, различныя по своей интенсивности, прирожденной нервно-психической организаціи, а не пріобрѣтенной *(constitutio ideo-obsessiva)*.

Такимъ образомъ, то, что мы называемъ тревожно-мнительнымъ характеромъ, служитъ наиболѣе легкою формой этой прирожденной конституціи. Лица, обладающія этимъ характеромъ, отличаются излишнею нерѣшительностью; они склонны

тревожиться изъ-за пустяковъ; ничтожное обстоятельство, не имѣющее значенія для многихъ людей, можетъ разстроить ихъ. Такой индивидуумъ очень часто раздумываетъ о томъ, на что другіе не обращаютъ вниманія. Обыкновенно бываетъ такъ, что успокоится онъ насчетъ одного, начнетъ испытывать волненіе по какому-либо новому поводу. Вмѣстѣ съ тѣмъ, при крайней впечатлительности, у него даже обычныя впечатлѣнія иногда остаются на большее время и оказываются сравнительно болѣе интенсивными, не говоря уже о впечатлѣніяхъ, чѣмъ-либо выдѣляющихся, и особенно о впечатлѣніяхъ непріятныхъ. Эти послѣднія задерживаются въ психикѣ индивидуума съ тревожно-мнительнымъ характеромъ еще дольше, мѣшая иногда привычнымъ занятіямъ, вѣрнѣе, отвлекая вниманіе отъ нихъ. Напр., случится у такого индивидуума какая-нибудь непріятность, и онъ долго будетъ помнить о ней, нескоро она изгладится изъ памяти и потеряетъ свою яркость; иной человѣкъ, съ другимъ складомъ характера, вскорѣ можетъ успокоиться, при чемъ представленіе о пережитой непріятности постепенно блѣднѣетъ, не производя на него большого угнетающаго впечатлѣнія. При тревожно-мнительномъ характерѣ степень или глубина слѣда, оставляемаго даннымъ впечатлѣніемъ, не соотвѣтствуетъ важности этого послѣдняго. Когда нужно приняться индивидууму, обладающему тревожно-мнительнымъ характеромъ, за какое-нибудь дѣло или предпринять сколько-нибудь важное рѣшеніе, то онъ можетъ колебаться въ своемъ выборѣ больше, чѣмъ это нужно; онъ будетъ больше тратить времени на обсужденіе различныхъ ненужныхъ мелочей, чѣмъ слѣдуетъ. Съ другой стороны, сдѣлавъ что-нибудь, онъ можетъ начать безцѣльное мысленное обсужденіе по поводу того, такъ ли онъ сдѣлалъ то, что было нужно, правильно ли онъ поступилъ, не лучше ли было бы, если бы онъ подождалъ дѣлать то, что уже сдѣлалъ и т. д. Надо замѣтить, что задерживающіяся въ психикѣ такого индивидуума впечатлѣнія имѣютъ наклонность также и смѣнять одно другое. Напримѣръ, сегодня безпокоитъ его что-нибудь одно, и это одно не выходитъ

изъ головы и отъ него трудно отдѣлаться: завтра, подъ вліяніемъ новыхъ впечатлѣній, прежнія стушевываются, по крайней мѣрѣ, на время, но и новыя также задерживаются больше, чѣмъ слѣдуетъ.

Нельзя, однако, сказать, что индивидуумы съ тревожно-мнительнымъ характеромъ всегда нерѣшительны; иногда у нихъ приходится наблюдать и излишнюю рѣшительность. Психологическій механизмъ этой послѣдней въ данномъ случаѣ таковъ: при тревожно-мнительномъ характерѣ нерѣдко отмѣчается нетерпѣливость; напр., нужно человѣку что-нибудь сдѣлать, и является потребность сдѣлать это быстрѣе; при этомъ происходитъ то, что называется въ общежитіи „загорѣлось желаніе". Пока не сдѣлано то, что хотѣлось бы сдѣлать, индивидуумъ съ тревожно-мнительнымъ характеромъ испытываетъ недовольство, ему не по себѣ; онъ стремится исполнить поскорѣе то, что задумалъ; и въ такихъ случаяхъ онъ оказывается иногда довольно рѣшительнымъ, проявляя даже настойчивость въ достиженіи намѣченной цѣли.

Будучи безвольнымъ во многихъ обстоятельствахъ, такой индивидуумъ можетъ иной разъ проявлять и упрямство, стремясь къ тому, чтобы то, чего онъ хочетъ, было сдѣлано такъ, какъ онъ этого желаетъ. Если это вышло не такъ, какъ онъ думалъ, то онъ будетъ подъ излишне непріятнымъ впечатлѣніемъ происшедшаго.

Лица, о которыхъ идетъ здѣсь рѣчь, весьма часто бываютъ педантичны; они любятъ, напр., чтобы вещи въ ихъ комнатѣ стояли непремѣнно въ опредѣленномъ порядкѣ; они могутъ отличаться излишнею аккуратностью. Имъ трудно разстаться съ пріобрѣтенными привычками. Въ то же время у нихъ можно наблюдать и частичную безпорядочность въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ; нерѣдко при этомъ въ ихъ комнатѣ вы увидите большой безпорядокъ. Отличаясь брезгливостью, они иногда не боятся вовсе пыли, окружающей ихъ дома; соблюдая утрированную чистоту въ одномъ, они склонны заводить соръ и не заботятся о чистотѣ въ другомъ. Мнительность лицъ такого

рода касается не только внѣшнихъ обстоятельствъ, но и ихъ собственнаго здоровья; нѣкоторые изъ этихъ индивидуумовъ оказываются ипохондричными, безпокоясь то по поводу своего физическаго здоровья, то по поводу своего нервно-психическаго состоянія; но это не мѣшаетъ въ то же время вести имъ и негигіеническій образъ жизни. Они, вообще, пугливы, робки, застѣнчивы, конфузливы; иной разъ, наоборотъ, они на короткое время, подъ вліяніемъ возбуждающихъ и отвлекающихъ впечатлѣній, производятъ совсѣмъ иное впечатлѣніе на окружающихъ. Манера держаться у нихъ также своеобразная, особенно въ обществѣ, гдѣ они видятъ, что на нихъ обращаютъ вниманіе; взгляды мало знакомыхъ окружающихъ или даже одно представленіе объ этомъ можетъ легко смутить ихъ. Нерѣдко во время разговора съ кѣмъ-нибудь они испытываютъ замѣшательство, происходящее отъ появленія въ сознаніи мыслей и представленій иного содержанія, не соотвѣтствующихъ содержанію даннаго разговора.

Индивидуумъ, обладающій тревожнымъ мнительнымъ характеромъ, отмѣчаетъ у себя нерѣдко, что ему трудно сосредоточивать вниманіе на томъ, что нужно обдумывать въ данное время; такъ какъ многія изъ пережитыхъ впечатлѣній оставляютъ яркій слѣдъ въ его психикѣ, то они легко всплываютъ въ сознаніи тогда, когда не нужно. Сидитъ онъ за своимъ текущимъ дѣломъ, приходитъ ли въ церковь на молитву,—онъ ловитъ часто себя на томъ, что мысли его ушли далеко отъ соотвѣтствующей данной минутѣ дѣйствительности; его вниманіе отвлекается довольно легко, и нужно извѣстное усиліе, извѣстное напряженіе вниманія, чтобы его сознаніе заполнилось тѣми представленіями, которыя требуются въ данное время.

Такой человѣкъ склоненъ къ фантазированію; будущее занимаетъ его больше, чѣмъ другихъ; подъ вліяніемъ какихълибо впечатлѣній онъ начинаетъ строить мысленныя предположенія о томъ, что будетъ дальше, чѣмъ кончится то, что съ нимъ только что было и т. д., и т. д. Нерѣдко у него возникаетъ стремленіе вспомнить что-нибудь, представить это по воз-

можности отчетливѣе и полнѣе. Обыкновенно значеніе непріятныхъ обстоятельствъ онъ преувеличиваетъ, хотя, въ общемъ, и нельзя назвать его пессимистомъ. Онъ можетъ скоро падать духомъ; но, съ другой стороны, ему свойственно быстро оживляться, успокоиваться, разъ онъ отвлеченъ отъ тревожащихъ его мыслей, разъ онъ, на время хотя бы, забываетъ о нихъ. Непріятныя впечатлѣнія выводятъ индивидуума съ тревожно-мнительнымъ характеромъ изъ равновѣсія легче и быстрѣе, чѣмъ лицъ, обладающихъ другой нервно-психической организаціей. При разспросѣ ихъ вы можете убѣдиться нерѣдко въ томъ, что они рано начинаютъ помнить себя; при чемъ оказывается, что всякія непріятности въ дѣтствѣ оставляли также въ ихъ психикѣ глубокій слѣдъ; всѣ представленія, связанныя съ тяжелыми воспоминаніями ранняго дѣтства, сохраняютъ свою яркость до пожилого возраста. Особенно запечатлѣваются у нихъ несчастные случаи, свидѣтелями которыхъ имъ приходилось быть случайно или разсказы о которыхъ сообщались при нихъ неосторожными окружающими.

Человѣкъ, обладающій тревожно-мнительнымъ характеромъ, склоненъ иногда къ уединенію; но надо замѣтить, что чувствуетъ себя онъ хорошо и свободно лишь въ подходящей компаніи, среди близкихъ знакомыхъ; большое общество стѣсняетъ его. Новыя знакомства онъ заводитъ не очень охотно, вообще. Онъ можетъ съ успѣхомъ заниматься общественнымъ дѣломъ, иногда крупнымъ и весьма отвѣтственнымъ; но не всякое занятіе, не всякое дѣло, однако, для него подходяще. Особенно затруднительно справляться ему съ тѣми дѣлами, которыя связаны съ рѣшеніемъ участи другихъ. Надо замѣтить, что при тревожно-мнительномъ характерѣ вамъ приходится имѣть дѣло обыкновенно съ хорошо развитою нравственною личностью; вы увидите при этомъ, что индивидуумъ, который интересуетъ насъ въ настоящее время, отличается добротой; способность сочувствія и состраданія по отношенію къ окружающимъ несчастіямъ у него выражена особенно рѣзко. При видѣ несчастныхъ людей онъ можетъ разстраиваться сильно; ему свойственны аль-

труистическія побужденія. Читая въ газетахъ о человѣческихъ бѣдствіяхъ, онъ останавливается на нихъ больше, чѣмъ многія лица съ инымъ складомъ характера; во всякомъ случаѣ, они оставляютъ въ его психикѣ большій слѣдъ, чѣмъ у другихъ окружающихъ. Несмотря на то, что человѣкъ въ тревожно-мнительнымъ характеромъ обладаетъ обыкновенно развитымъ нравственнымъ чутьемъ, иногда поступки его съ внѣшней стороны могутъ носить характеръ эгоистичности; дѣло въ томъ, что иной разъ, подъ вліяніемъ навязчивыхъ состояній, онъ можетъ стремиться выполнить то, что его должно успокоить, но что неудобно для окружающихъ; онъ сознаетъ, при этомъ, что данный поступокъ причиняетъ излишнія заботы и излишнія хлопоты близкимъ; онъ можетъ самъ мучиться по этому поводу, понимая свою неправоту.

Говоря о тревожно-мнительномъ характерѣ, мы сдѣлали лишь суммарное описаніе, представили лишь общую картину даннаго состоянія. Несомнѣнно, что не въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ непремѣнно вы найдете всѣ отмѣченныя черты этого характера, но у каждаго такого индивидуума вы встрѣтите сочетаніе многихъ изъ перечисленныхъ признаковъ. Отличаясь въ качественномъ отношеніи отъ лицъ съ другимъ складомъ характера, люди съ тревожно-мнительнымъ характеромъ отличаются другъ отъ друга и по силѣ своего ума, и по своей работоспособности, и по своему образованію, и интересамъ и т. п. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ constitutio ideo-obsessiva сочетается съ весьма ограниченными умственными способностями, съ узкими интересами, съ неширокимъ кругозоромъ; въ другихъ она наблюдается у лицъ обыкновенныхъ по своему уму; нерѣдко же она сосуществуетъ съ одаренностью, съ яснымъ и здравымъ умомъ, съ хорошими или блестящими умственными способностями.

На почвѣ тревожно-мнительнаго характера возможны и отдѣльныя, иногда довольно яркія навязчивыя мысли, представленія, страхи и пр.

Если навязчивыя психическія состоянія выражены рѣзко,

если они обильные, мѣшаютъ часто заниматься дѣломъ, волнуютъ, тревожатъ, то мы будемъ имѣть дѣло съ тѣмъ, что называемъ *psychopathia ideo-obcessiva*. Въ этихъ случаяхъ вы встрѣтите въ извѣстномъ сочетаніи навязчивыя психическія состоянія, о которыхъ была рѣчь выше, въ симптоматологическомъ отдѣлѣ; что касается отдѣльныхъ случаевъ psychopathia ideo-obsessiva, то нужно замѣтить, что въ однихъ случаяхъ особенно яркостью отличаются опредѣленныя навязчивыя состоянія, въ другихъ — иныя. Обыкновенно у одного и того же индивидуума вы найдете цѣлую серію, смѣсь самыхъ различныхъ навязчивыхъ состояній, при чемъ нѣкоторыя изъ этихъ послѣднихъ отличаются большею напряженностью, большимъ постоянствомъ, большею отчетливостью. Когда вы будете изслѣдовать такого больного и будете разспрашивать его о томъ, на что онъ жалуется, то онъ сообщитъ вамъ прежде всего о томъ, что его тревожитъ больше всего; напр., онъ скажетъ вамъ, что его безпокоитъ боязнь переходить площади или навязчивый страхъ съ навязчивымъ побужденіемъ убить кого-нибудь и т. д. О наиболѣе выдающемся признакѣ своей болѣзни онъ будетъ много вамъ разсказывать, съ подробностями, приводя иногда много фактовъ для подтвержденія своихъ словъ. На вопросъ о томъ, когда началась болѣзнь, онъ можетъ опредѣлить вамъ невѣрный срокъ, такъ какъ онъ считаетъ себя нерѣдко больнымъ съ того момента, когда обнаружились у него тревожащія его мысли или страхи. Вамъ необходимо будетъ внимательнѣе и подробнѣе разспросить его о томъ, нѣтъ ли у него и другихъ навязчивыхъ психическихъ состояній; для этого больному слѣдуетъ задавать вопросы, руководствуясь той общей симптоматологіей, которую мы указали выше. При тщательномъ разспросѣ оказывается всегда, что тѣ или другія навязчивыя психическія состоянія бывали и прежде, то въ болѣе слабой формѣ, то болѣе или менѣе рѣзкія и опредѣленныя. Давая больному возможность припомнить то, что было прежде, можетъ-быть, даже очень давно, въ дѣтствѣ, помогая ему въ этомъ отношеніи, вы нерѣдко получите отъ него отвѣтъ, что тѣ или иныя

навязчивыя мысли, представленія, влеченія и пр. бывали раньше; только онъ забылъ объ этомъ. Такъ какъ больные, о которыхъ идетъ здѣсь рѣчь, сохраняютъ ясное сознаніе, правильно относятся къ переживаемымъ ими патологическимъ состояніямъ, то вы имѣете возможность въ большинствѣ случаевъ узнать также и о томъ, каковъ былъ прежде характеръ у нихъ; изъ разспроса больного вы убѣдитесь въ томъ, что онъ отличался тревожно мнительнымъ характеромъ, былъ нерѣшителенъ, склоненъ къ излишнимъ колебаніямъ, къ излишней провѣркѣ того, что онъ сдѣлалъ, къ сомнѣніямъ и пр. Онъ сообщитъ вамъ, что онъ всегда былъ впечатлителенъ, нервенъ. Изъ бесѣдъ съ больными такого рода вы узнаете, что навязчивыя мысли и представленія, разныя фобіи, начавшись давно, временами обострялись, временами же—стихали и настолько сглаживались, что переставали безпокоить. Вообще, надо замѣтить, что навязчивыя психическія состоянія протекаютъ съ колебаніями; въ болѣе яркой формѣ они обнаруживаются въ періодѣ полового развитія, въ періодѣ усиленнаго роста организма; въ это время наблюдается нерѣдко наклонность къ такъ называемымъ хульнымъ мыслямъ, усиленная религіозность, иногда въ формѣ навязчивой потребности сдѣлать опредѣленное число поклоновъ. Это обостреніе навязчивыхъ состояній въ періодѣ полового развитія длится не одинаковое время у различныхъ индивидуумовъ; у однихъ оно коротко сравнительно, у другихъ—длительнѣе; однако, въ нѣкоторыхъ случаяхъ оно можетъ продолжаться 2 — 3 — 4 года, да и въ теченіе этого времени также наблюдаются колебанія. Иногда такое обостреніе навязчивыхъ состояній происходитъ и въ пожиломъ возрастѣ, при появленіи измѣненій со стороны сосудовъ, поражающихся артеріосклеротическимъ процессомъ; такъ какъ послѣдній носитъ прогрессирующій характеръ, то навязчивыя состоянія здѣсь могутъ быть болѣе рѣзкими, стойкими, болѣе упорными, и борьба съ ними для больного болѣе трудна, чѣмъ въ юношескомъ возрастѣ; повидимому, и аффективный элементъ здѣсь выраженъ рѣзче, чѣмъ тамъ.

Обостренія навязчивыхъ психическихъ состояній встрѣчаются не только въ юношескомъ и старческомъ возрастѣ, но и въ среднемъ; у однихъ эти обостренія чаще, у другихъ рѣдки; то они скоропреходящи, то труднѣе оставляютъ больного. Весьма возможно, что колебанія въ интенсивности навязчивыхъ состояній зависятъ отчасти и отъ внѣшнихъ условій, отъ условій экзогеннаго характера; напр., при истощеніи навязчивыя состоянія усиливаются. Поэтому, обостренія ихъ вы встрѣтите послѣ инфлуенцы, послѣ родовъ, при кормленіи, послѣ какой-нибудь физической болѣзни. Большое вліяніе имѣютъ здѣсь условія, образъ жизни, случайныя обстоятельства. Неблагопріятное вліяніе на теченіе навязчивыхъ состояній оказываютъ и моральныя потрясенія, разнаго рода волненія, непріятности. Съ другой стороны, надо отмѣтить и то обстоятельство, что иногда сама физическая болѣзнь, а не послѣдующее состояніе, способствуетъ временному ослабленію навязчивыхъ процессовъ; такъ, напр., въ одномъ случаѣ psychopathia ideo-obsessiva, когда у больного обнаружились признаки мозгового сифилиса, навязчивые процессы на время стихли и не безпокоили больного. Если при psychopathia ideo-obsessiva нерѣдко вы услышите жалобы на то, что навязчивыя мысли или фобіи мѣшаютъ заниматься дѣломъ, то при *psychosis ideo obsessiva* эта невозможность продолжать свою работу является однимъ изъ самыхъ серьезныхъ послѣдствій болѣзни. Между psychopathia ideo-obsessiva и psychosis ideo-obsessiva разница лишь количественная, а не качественная; въ первомъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ болѣе легкимъ страданіемъ, чѣмъ во второмъ. У нѣкоторыхъ больныхъ при constitutio ideo obsessiva дѣло доходитъ до такого состоянія, которое надо называть психозомъ въ тѣсномъ смыслѣ этого слова. Иногда навязчивыя психическія состоянія такъ обильны, такъ настойчивы, такъ овладѣваютъ больнымъ, что онъ теряетъ способность бороться съ ними, не можетъ подавлять ихъ; они вырываются, такъ сказать, наружу, оказываютъ вліяніе на поведеніе больного; и тогда уже окружающіе видятъ, что имѣютъ дѣло съ больнымъ. Этотъ послѣдній можетъ понимать ясно,

что ему не слѣдовало бы вести себя такъ, какъ заставляютъ навязчивыя мысли, но онъ не можетъ справиться съ ними. Psychosis ideo-obsessiva вы встрѣтите въ различномъ возрастѣ; иногда данный психозъ служитъ лишь временнымъ рѣзкимъ обостренiемъ, хотя и продолжительнымъ, свойственнымъ той нервно-психической организацiи, которую мы обозначаемъ терминомъ constitutio ideo-obsessiva. Въ теченiе этого психоза возможны не однѣ только навязчивыя идеи; онѣ иногда переходятъ въ бредовыя мысли или близко граничатъ съ ними. При разспросѣ больныхъ, у которыхъ наблюдается psychosis ideo-obsessiva, получается такое впечатлѣнiе, что, хотя они и заявляютъ, что понимаютъ нелѣпость и абсурдность навязывающихся насильственно ихъ сознанiю мыслей и представленiй, но въ глубинѣ своей души они хранятъ, можетъ-быть, безсознательную вѣру въ реальность своихъ навязчивыхъ опасенiй и страховъ. Позволяемъ себѣ привести нѣсколько примѣровъ для поясненiя; напр., больной, обнаруживающiй навязчивую боязнь нечистоты, заставляетъ мыть другихъ или самъ моетъ всякую вещь, упавшую на полъ или даже случайно переложенную на другое мѣсто, которое онъ считаетъ нечистымъ или грязнымъ; онъ требуетъ, чтобы посуда, имъ употребляемая, была особая, отдѣльная, ни для кого больше не предназначающаяся; если нечаянно его вещь поставлена не тамъ, гдѣ хотѣлось бы ему, то онъ откажется отъ употребленiя ея. Разговаривая съ такимъ больнымъ, вы убѣдитесь легко въ томъ, что онъ сознаетъ, что боязнь заразы и нечистоты у него, можетъ быть, утрированная; но онъ подчиняется требованiю своихъ мыслей, такъ какъ для него не исключена и возможность, хотя и маловѣроятная, притти въ соприкосновенiе съ вреднымъ предметомъ или съ опасною для здоровья вещью. Или вотъ еще примѣръ. Больной, страдающiй такою же боязнью нечистоты, чтобы предохранить себя отъ послѣдней, прибѣгаетъ къ окропленiю окружающихъ вещей или случайно попадающихъ въ его комнату освященною въ церкви водою; и этимъ онъ можетъ заниматься часто и подолгу. Иногда при этомъ считается вредною не только вещь,

могущая быть въ соприкосновеніи съ чѣмъ-нибудь, по его мнѣнію, нечистымъ, но и тотъ предметъ, который былъ при немъ въ то время, когда приходили въ голову навязчивыя мысли непріятнаго содержанія. Хотя и здѣсь больной будетъ говорить, что онъ сознаетъ ненормальность этихъ мыслей, но въ душѣ, конечно, сохраняется у него вѣра въ возможность указанныхъ предположеній. И намъ думается, что здѣсь мы имѣемъ дѣло и съ бредовымъ элементомъ, который нелегко отдѣлить отъ того, что относится собственно къ навязчивому представленію.

При psychosis ideo-obsessiva больной большую часть времени занятъ своими навязчивыми мыслями и фобіями; на это онъ тратитъ иногда почти весь день, и у него остается свободной отъ нихъ лишь небольшая часть дня. Нерѣдко такой больной поздно встаетъ, отчасти потому, что ему нужно найти удобный для этого моментъ, подумать, какъ начать одѣваться, что сначала взять въ руки, какъ прикоснуться къ обуви, какъ избѣжать того, что могло бы разстроить при этомъ и т. д., и т. д. Больной обращаетъ вниманіе при этомъ на массу мелочей, которыя затрудняютъ процессъ одѣванія. Кромѣ того, иногда онъ долженъ прикоснуться къ чему-нибудь, напр., къ каждой пуговицѣ, извѣстное число разъ, чтобы надѣть на себя такую-то вещь. Если онъ не сдѣлаетъ этого, то начнетъ тревожиться по поводу того, что изъ-за этого случится несчастіе съ нимъ или съ родными, или съ близкими, или съ кѣмъ-нибудь вообще, и онъ будетъ виновникомъ воображаемой бѣды. Во время умыванія больной можетъ вести себя такъ же, какъ и при одѣваніи; ему захочется умываться тщательнѣе, чѣмъ нужно, вымыть, напр., руки извѣстное число разъ, намылить ихъ нѣсколько разъ; покончивши разъ съ умываньемъ, онъ можетъ начать снова продѣлывать то же, если ему вдругъ покажется, что руки его недостаточно чисты или что онѣ уже запачкались въ чемъ-нибудь, при прикосновеніи къ какому-либо изъ окружающихъ предметовъ. На все это требуется, понятно, много времени. Что нибудь въ этомъ же родѣ будетъ происходить днемъ.

Нѣкоторые больные особенно боятся пыли; всякая пылинка ихъ волнуетъ, пугаетъ, заставляетъ опасаться прикосновенія къ окружающимъ предметамъ, мыть руки много разъ въ день или ходить и сидѣть такимъ образомъ, чтобы руки ни до чего не дотрогивались. Иногда вы будете встрѣчать больныхъ, по виду рукъ у которыхъ можно сказать, чѣмъ они больны.

Но не всѣ больные, представляющіе картину psychosis ideo-obsessiva, страдаютъ въ такой рѣзкой формѣ боязнью прикосновенія, страхомъ нечистоты. Временами больному мѣшаютъ заниматься дѣломъ навязчивые страхи и мысли другого содержанія: напр., ему трудно вставать съ постели и одѣваться потому, что онъ боится какъ бы у него не появились какія-либо непріятныя идеи тогда, когда онъ будетъ проходить мимо такихъ-то предметовъ, такихъ то лицъ и т. д. Когда ему нужно встать съ постели, хотя бы для отправленія своихъ естественныхъ потребностей, то здѣсь возникаетъ большое затрудненіе; ему приходится, во-первыхъ, перемѣнить мѣсто быстро, во-вторыхъ — выбрать для этого удобный моментъ. Одѣваться ему также затруднительно; онъ можетъ одѣваться не тогда, когда нужно, а когда позволяютъ ему навязчивые мысли и страхи, т.-е. тогда, когда они ослабѣваютъ. Если онъ началъ одѣваться, то является потребность сдѣлать это такъ, чтобы съ этимъ не связалось какихъ-нибудь идей, сочетаніе которыхъ съ даннымъ дѣйствіемъ онъ считаетъ нежелательнымъ, непріятнымъ, вреднымъ или опаснымъ для себя, для другихъ и т. д. Иногда такой больной одѣвается быстро; бываетъ и такъ, что одѣвшись въ одну часть костюма, ждетъ, пока навязчивыя мысли позволятъ надѣть остальное, при чемъ между тѣмъ и другимъ проходитъ много времени; можетъ случиться, что, начавъ одѣваться и потративъ на это много времени, онъ снова раздѣнется и такъ нѣсколько разъ въ день.

Мы не имѣемъ возможности останавливаться здѣсь на всѣхъ внѣшнихъ проявленіяхъ навязчивыхъ процессовъ при psychosis ideo-obsessiva; эти послѣдніе представляютъ большое разнообразіе, зависящее также отъ индивидуальныхъ особенно-

стей больныхъ; а психическая индивидуальность имѣетъ здѣсь большое значенiе. Въ общемъ, надо сказать, что лица, у которыхъ развивается psychosis ideo-obsessiva, весьма страдаютъ отъ своихъ навязчивыхъ мыслей и страховъ; они доставляютъ немало хлопотъ и окружающимъ и довольно тяжелы въ домашней обстановкѣ. Иногда, напр., больной заставляетъ кого-нибудь изъ окружающихъ повторять опредѣленную молитву для того, чтобы провѣрить и убѣдиться въ томъ, что онъ, читая эту молитву, произнесъ ее правильно, такъ, какъ слѣдуетъ; когда другой повторитъ эту молитву у больного не остается увѣренности, что онъ все разслышалъ, ибо онъ не вѣритъ своимъ ушамъ; конечно, такое приставанiе съ повторенiемъ одного и того же тягостно и мучительно для окружающихъ. Или больной начнетъ спрашивать о томъ, не произнесъ ли онъ какого-нибудь неприличнаго слова, не сдѣлалъ ли онъ чего-нибудь дурного; и вотъ, чтобы провѣрить себя, онъ спрашиваетъ у другихъ, такъ какъ онъ не надѣется на свою память; получивши опредѣленный отвѣтъ и убѣдившись, что того, чего онъ боится, и быть не могло, онъ снова задаетъ тотъ же вопросъ, и такъ безъ конца.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ больные, о которыхъ идетъ рѣчь, бываютъ и шумливы; чаще всего это происходитъ такимъ образомъ: подвергается больной наплыву навязчивыхъ мыслей непрiятнаго содержанiя, иногда хульныхъ; и вотъ, чтобы прогнать ихъ, заглушить ихъ, онъ громко, быстро, усиленно произноситъ вслухъ опредѣленныя слова или цѣлую серiю фразъ противоположнаго содержанiя. Напр., больного одолѣваютъ мысли, содержащiя хулу на что-нибудь святое, и онъ старается получить такое впечатлѣнiе, что онъ не согласенъ съ этимъ, что онъ другихъ убѣжденiй; въ отвѣтъ на навязчивыя мысли онъ громко говоритъ то, что соотвѣтствуетъ его нравственной личности, отрицая всякую солидарность съ содержанiемъ навязчивыхъ мыслей, громко протестуя противъ нихъ. Въ это время больной съ внѣшней стороны имѣетъ видъ безпокойнаго больного; когда проходитъ приступъ навязчивыхъ мыслей, онъ

успокоивается, съ нимъ можно говорить; во время самаго приступа его трудно отвлечь обычными впечатлѣніями; иногда приходъ новаго лица можетъ на время заставить больного не такъ энергично и яростно выражать свой протестъ противъ нахлынувшихъ навязчивыхъ представленій хульнаго содержанія.

Что касается того, сколько времени длится psychosis ideo-obsessiva, то нужно замѣтить, что продолжительность его неодинаковая и трудно опредѣлимая, такъ какъ этотъ психозъ не имѣетъ рѣзкихъ границъ ни въ началѣ, ни въ концѣ. Въ виду того, что нѣтъ рѣзкой границы между psychopathia ideo-obsessiva и psychosis ideo-obsessiva, понятно, что иногда, пока болѣзнь не достигла извѣстной глубины, трудно сказать, когда именно, съ какого времени надо говорить о психозѣ. Лишь въ нѣкоторыхъ случаяхъ на фонѣ тревожно-мнительнаго характера развивается psychosis ideo-obsessiva, при чемъ начало болѣзни является болѣе или менѣе рѣзкимъ. Иногда psychosis ideo-obsessiva тянется долго, года 2—3—4; затѣмъ больной приходитъ въ болѣе хорошее состояніе, можетъ начать заниматься дѣломъ, хотя у него и остается много странностей, связанныхъ съ навязчивыми психическими процессами, и непремѣнно остается тревожно-мнительный характеръ.

Чтобы закончить описаніе психическихъ признаковъ, сочетающихся между собою различнымъ образомъ, мнѣ хотѣлось бы еще остановиться на тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ картинѣ болѣзни, въ ея внѣшнемъ проявленіи весьма рѣзко выраженъ *симптомокомплексъ навязчивыхъ задержекъ*; этотъ послѣдній, повидимому, чаще встрѣчается у молодыхъ субъектовъ; онъ состоитъ въ томъ, что у больного обнаруживаются задержки навязчиваго характера въ то время, когда ему нужно отвѣтить на предложенный вопросъ, когда ему нужно выходить изъ дому, когда ему нужно взять что-нибудь въ руку, встать и т. д. Разговаривая съ такимъ больнымъ, вы увидите, что онъ не сразу отвѣтитъ на вашъ вопросъ; иногда приходится ждать сравнительно долго, пока то вы получите отвѣтъ; при этомъ, прежде чѣмъ сказать что-нибудь, больной начинаетъ какъ бы пригото-

вляться, слегка откашливаться, дѣлать разныя движенія; то онъ прикоснется рукою къ губамъ, то къ головѣ, то оправитъ какую-нибудь часть костюма и, наконецъ, произнесетъ свой отвѣтъ, обыкновенно очень короткій, состоящій изъ одного, двухъ, трехъ словъ. Чтобы получить новый отвѣтъ на вопросъ, вамъ придется снова ждать. Понятно само собою, что разспрашивать больного довольно трудно въ томъ отношеніи, что нужно потратить на это много времени. Впрочемъ, временами такой больной становится нѣсколько разговорчивѣе; онъ быстрѣе отвѣчаетъ на предлагаемые вопросы; количество словъ, имъ произносимыхъ во время разговора, увеличивается. Еще легче съ нимъ объясняться въ томъ случаѣ, если онъ привыкнетъ къ врачу, его наблюдающему, особенно если тотъ пріобрѣтетъ его довѣріе и расположеніе; разговаривать съ нимъ одинъ на одинъ лучше, чѣмъ въ присутствіи многихъ лицъ, когда больной волнуется, стѣсняется, ибо въ это время навязчивыя задержки усиливаются. Свободнѣе чувствуетъ онъ себя въ обществѣ своихъ родныхъ и близкихъ ему лицъ, которымъ онъ симпатизируетъ. Подняться съ мѣста такому больному нелегко; прежде чѣмъ встать, онъ начинаетъ тоже собираться, дѣлать нѣкоторыя попытки приподняться, слегка раскачивается, и на это тратится несоразмѣрно много времени; но разъ онъ всталъ, итти ему уже легче. За столомъ больной сидитъ много времени, такъ какъ здѣсь также проявляются тѣ же навязчивыя задержки.

Симптомокомплексъ навязчивыхъ задержекъ обнаруживается иногда въ такой формѣ, что больной производитъ, при поверхностномъ изслѣдованіи, впечатлѣніе слабоумнаго; но присмотритесь къ нему внимательнѣе, имѣйте терпѣніе говорить съ нимъ, не торопясь, относитесь вдумчивѣе къ психической картинѣ, которую онъ представляетъ,—и вы увидите тогда, что отвѣты больного разумны и осмысленны, что онъ хорошо понимаетъ то, что происходитъ вокругъ. Правда, отличаясь длительностью, данный симптомокомплексъ служитъ неблагопріятнымъ моментомъ для дальнѣйшаго физіологическаго раз-

витія психической личности; и въ настоящее время, думается намъ, трудно съ положительностью сказать, чѣмъ кончается дѣло въ этихъ случаяхъ, гдѣ однообразное состояніе, лишь съ небольшими колебаніями, можетъ тянуться долгое время.

ГЛАВА ОДИННАДЦАТАЯ.

Физическіе симптомы при constitutio ideo obsessiva.—Составленіе анамнеза (субъективнаго) при psychopathia ideo-obsessiva и при psychosis ideo-obsessiva (объективнаго и субъективнаго).—Частота наслѣдственности туберкулезной и гомогенной при constitutio ideo-obsessiva.—Расположеніе къ меланхолическому настроенію и къ заболѣванію меланхоліей.—Меланхолія съ рѣзко выраженными навязчивыми состояніями; дифференціальная діагностика между нею и psychopathia (и psychosis) ideo-obsessiva.—Комбинированные случаи.—Симптоматическія навязчивыя состоянія при истерической конституціи; дифференціальная діагностика между ними и psychopathia (и psychosis) ideo-obsessiva.—Истероидныя явленія при эссенціальныхъ навязчивыхъ мысляхъ.—Синдромъ навязчивыхъ психическихъ состояній при первичномъ юношескомъ слабоуміи; дифференціальная діагностика между послѣднимъ и psychopathia (и psychosis) ideo-obsessiva.—Отдѣльные навязчивые психическіе процессы при первичномъ юношескомъ слабоуміи, при хроническомъ бредѣ, при прогрессивномъ параличѣ.—Отношеніе эссенціальныхъ навязчивыхъ состояній къ импульсивнымъ поступкамъ.—О томъ, на что обращать вниманіе при разговорѣ съ больными, страдающими psychopathia (и psychosis) ideo-obsessiva; ихъ наблюдательность, привычка къ внутреннему самонаблюденію.—Значеніе психической терапіи; психическая ортопедія.—Водолѣченіе (теплыя ванны при дурномъ настроеніи; обливанія или обтиранія, купанье); физическій трудъ; фармацевтическія средства.

Сдѣлавъ описаніе психическихъ признаковъ той нервно-психической организаціи, которую мы обозначаемъ терминомъ constitutio ideo-obsessiva и которая выражается въ формѣ тревожно-мнительнаго характера, въ формѣ психопатіи и психоза, переходимъ теперь къ разсмотрѣнію физическихъ симптомовъ, сопровождающихъ эту своеобразную прирожденную консистуцію. Начнемъ съ органа кровообращенія, который отличается у индивидуумовъ, сюда относящихся, большою подвижностью;

здѣсь часто набюдается легкое наступленіе покраснѣнія и столь же быстрый отливъ крови отъ головы, что̀ вызываетъ послѣдующее поблѣднѣніе въ лицѣ. Дѣятельность сердца наклонна учащаться, такъ что получается картина сердцебіенія. Периферическіе сосуды отличаются способностью приходить легко и быстро въ спастическое состояніе, при этомъ кисти и стопы дѣлаются холодными и вмѣстѣ съ тѣмъ влажными. Что касается органовъ дыханія, то надо замѣтить, что при constitutio ideo-obsessiva субъектъ часто страдаетъ насморками и слизистая оболочка его носа весьма чувствительна къ химическимъ и механическимъ раздраженіямъ; кромѣ того, у него наблюдается наклонность къ заболѣванію глотки, которая находится часто, вообще, и помимо этого, въ состояніи гиперэстезіи, такъ что изслѣдованіе этого органа для даннаго индивидуума крайне непріятно. При усиленіи внутренняго волненія у него появляется позывъ на кашель; иногда этотъ послѣдній довольно силенъ и сопровождается рвотными движеніями. Аппетитъ подверженъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ также большимъ колебаніямъ; если субъектъ чувствуетъ себя хорошо, если онъ спокоенъ, если внутренняя тревога у него не велика, то и аппетитъ хорошъ; непріятныя впечатлѣнія иногда настолько дѣйствуютъ угнетающимъ образомъ на аппетитъ, что онъ можетъ на короткое время даже и совсѣмъ исчезнуть. При constitutio ideo-obsessiva отмѣчаются измѣненія со стороны полового аппарата. У мужчинъ наблюдается половая раздражительность, наклонность къ поллюціямъ въ юношескомъ возрастѣ, къ мастурбаціи; у женщинъ въ этихъ случаяхъ встрѣчаются заболѣваніе въ формѣ эндометритовъ, наклонность къ кровотеченіямъ въ климактерическомъ періодѣ.

Многіе рефлексы и въ томъ числѣ колѣнные оказываются замѣтно повышенными, равно какъ и подвижность кожныхъ сосудовъ при раздраженіи кожи (признаки дерматографизма). Конечно, при constitutio ideo-obsessiva не должны наблюдаться непремѣнно всѣ только что перечисленные физическіе симптомы; для данной нервно-психической организаціи лишь харак-

терно извѣстное сочетаніе ихъ, совокупность ихъ. Въ числѣ физическихъ признаковъ можно бы указать еще и на тикозныя движенія при constitutio ideo-obsessiva; многіе тики, будучи вначалѣ психическаго происхожденія, становятся движеніями автоматическаго характера, если они повторяются часто; вообще, надо замѣтить, что психика тикозныхъ совпадаетъ съ психикой лицъ, страдающихъ навязчивыми процессами. Мы считаемъ излишнимъ, однако, останавливаться на разсмотрѣніи различныхъ тикозныхъ движеній, такъ какъ они относятся къ области невропатологіи.

Прежде чѣмъ приступить къ распознаванію того, что мы называемъ psychopathia ideo-obsessiva, и того, что извѣстно подъ именемъ psychosis ideo-obsessiva, мы хотѣли бы остановиться, хотя бы вкратцѣ, на нѣкоторыхъ особенностяхъ, которыя нужно имѣть въ виду при составленіи анамнеза больныхъ, у которыхъ существуютъ навязчивыя мысли. Къ врачу за совѣтомъ обращаются, конечно, лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ навязчивыя состоянія выражены рѣзко, гдѣ они мѣшаютъ больному заниматься дѣломъ, гдѣ они тревожатъ больного, пугаютъ, волнуютъ; тамъ же, гдѣ имѣется налицо лишь тревожно-мнительный характеръ съ сочетаніи съ навязчивыми состояніями, не очень интенсивными, тамъ дѣло не доходитъ до врачебнаго вмѣшательства. Больной, который представляетъ картину psychopathia ideo-obsessiva, является къ вамъ обыкновенно одинъ, безъ сопровождающихъ его лицъ, если онъ, конечно, взрослый человѣкъ или если онъ не боится ходить одинъ; здѣсь вамъ приходится разспрашивать обо всемъ самого больного. При составленіи анамнеза, субъективнаго въ данномъ случаѣ, нужно внимательно выслушивать больного, вникнуть въ его слова, при чемъ нужно помнить, что навязчивыя мысли и фобіи множественны, что обнаруживаются рано, иногда съ дѣтства, что въ основѣ ихъ лежитъ тревожно-мнительный характеръ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ вы имѣете уже psychosis ideo-obsessiva, больной является къ вамъ нерѣдко въ сопровожденіи когонибудь изъ своихъ окружающихъ, такъ что вы можете полу-

чить и объективный анамнезъ, который нужно непремѣнно дополнить разспросомъ самого больного, такъ какъ онъ почти всегда лучше познакомитъ васъ со своей болѣзнью, съ тѣмъ, когда она началась, въ чемъ выражалась. И лишь при существованіи симптомокомплекса навязчивыхъ задержекъ большую услугу окажетъ вамъ объективный анамнезъ, особенно полученный отъ разумныхъ людей, понимавшихъ состояніе своего больного. Дѣти, страдающія рѣзко выраженными навязчивыми состояніями, часто бываютъ также неразговорчивыми съ врачемъ, такъ что и здѣсь объективный анамнезъ имѣетъ большое значеніе.

При разспросѣ больныхъ или ихъ родныхъ небезинтересно обращать вниманіе и на особенности наслѣдственныхъ факторовъ; наблюденіе показываетъ, что въ семьяхъ, гдѣ встрѣчается расположеніе къ навязчивымъ психическимъ процессамъ, отмѣчается нерѣдко также и туберкулезъ. Напр., въ одномъ случаѣ psychopathia ideo-obsessiva больной сообщилъ мнѣ, что у трехъ самыхъ близкихъ его родственниковъ была чахотка. Существуетъ какая-то связь между туберкулезнымъ процессомъ и constitutio ideo-obsessiva. Далѣе, говоря о наслѣдственности въ данномъ случаѣ, слѣдуетъ замѣтить, что если вы имѣете дѣло съ больнымъ, то нерѣдко вамъ удастся узнать, что и мать его также имѣла тревожно-мнительный характеръ или даже страдала опредѣленными навязчивыми мыслями; однородная наслѣдственность со стороны матери чаще сказывается на мужскомъ поколѣніи, чѣмъ на женскомъ; наоборотъ, constitutio ideo-obsessiva, существующая у отца., чаще передается дочерямъ, чѣмъ сыновьямъ. Несомнѣнно, что вы встрѣтите и исключенія въ томъ и другомъ случаѣ. Конечно, не одна гомогенная наслѣдственность играетъ роль здѣсь, но также и разнородная.

Говоря о дифференціальной діагностикѣ при psychopathia ideo-obsessiva и при psychosis ideo-obsessiva, прежде всего необходимо остановиться на случаяхъ комбинированныхъ, на такихъ случаяхъ, гдѣ, напр., *constitutio ideo-obsessiva сочетается съ острымъ меланхолическимъ состояніемъ*.

При тревожно-мнительномъ характерѣ наблюдается замѣтное расположеніе къ меланхолическому настроенію; иногда же при constitutio ideo-obsessiva, даже при отсутствіи рѣзкихъ навязчивыхъ мыслей, развивается острая меланхолія съ обильнымъ количествомъ разнообразныхъ яркихъ навязчивыхъ процессовъ, и получается картина меланхоліи съ навязчивыми мыслями. Если окружающіе будутъ васъ увѣрять, что до обнаруженія меланхоліи у больного не было ничего особеннаго, вамъ придется узнать объ этомъ отъ него самого; и разспрашивая его о томъ, каковъ былъ у него характеръ прежде, до заболѣванія, вы убѣдитесь обыкновенно въ томъ, что эта меланхолія обнаружилась на почвѣ тревожно-мнительнаго характера. Подъ вліяніемъ остраго психоза навязчивыя мысли, фобіи, находящіяся въ скрытомъ состояніи, всплываютъ въ сознаніи и сосуществуютъ вмѣстѣ съ меланхоліей. Тамъ, гдѣ на почвѣ constitutio ideo-obsessiva развивается болѣе глубокое меланхолическое состояніе, гдѣ къ послѣднему присоединяются иллюзіи и галлюцинаціи, бредовыя идеи, признаки нѣкотораго затуманенія сознанія, тамъ вы встрѣтите обильныя навязчивыя представленія, навязчивыя сочетанія по контрасту, навязчивыя образы въ галлюцинаторной или иллюзорной формѣ. Когда больной поправится, то всѣ навязчивые процессы затихаютъ и остается лишь одинъ тревожно-мнительный характеръ.

Такую картину приходится иногда встрѣчать и въ меланхолической фазѣ циркулярнаго психоза, въ тѣхъ случаяхъ его, которые находятся въ связи съ constitutio ideo-obsessiva.

Итакъ, остановимся прежде всего на дифференціальной діагностикѣ между psychopathia (и psychosis) ideo-obsessiva, съ одной стороны, и меланхоліей (и vesania melancholica) съ навязчивыми мыслями—съ другой. Въ первомъ случаѣмы имѣемъ дѣло съ простымъ психическимъ разстройствомъ, съ однородными симптомами; причемъ все ограничивается лишь чистыми навязчивыми психическими процессами, эссенціальными; въ нихъ вся сущность страданія; здѣсь нѣтъ прибавочныхъ состояній иного характера. Во второмъ случаѣ будетъ комбини-

рованный психозъ, сочетающійся изъ остраго меланхолическаго состоянія и тревожно-мнительнаго характера; тамъ главнымъ симптомомъ является меланхолія (или меланхолическая везанія). При psychopathia (и psychosis) ideo-obsessiva настроеніе не такое подавленное, не такое угнетенное, какъ тамъ, гдѣ оно является первичнымъ; здѣсь эффектъ вторичнаго происхожденія и колеблется въ зависимости отъ содержанія и интенсивности навязчивыхъ мыслей; тамъ, наоборотъ, тоскливое настроеніе стойкое, монотонное, не колеблющееся, ибо оно не зависитъ отъ самихъ навязчивыхъ мыслей, которыя могутъ съ своей стороны, конечно, оказывать на настроеніе то или иное вліяніе, но не существенное; тамъ начало болѣзни рѣзкое; она заканчивается опредѣленнымъ образомъ и выздоровленіе, разъ оно наступаетъ, совершается обыкновенно быстрѣе, такъ какъ дѣло сводится къ острому душевному заболѣванію. Здѣсь же, при psychopathia (и psychosis) ideo-obsessiva, психическое разстройство носитъ характеръ затяжного страданія, протекающаго съ обостреніями, случайными ухудшеніями, причемъ нѣтъ обыкновенно для этихъ послѣднихъ ни остраго начала, ни рѣзко ограниченнаго окончанія. При vesania melancholica съ навязчивыми мыслями и при глубокомъ депрессивномъ состояніи, являющемся одной изъ фазъ циркулярнаго психоза, развивающагося на почвѣ constitutio ideo-obsessiva, наблюдаются обильныя навязчивыя сочетанія по контрасту, которыя стоятъ въ тѣсной связи съ слуховыми иллюзіями и галлюцинаціями; при psychopathia (и psychosis) ideo-obsessiva навязчивыхъ сочетаній по контрасту бываетъ нерѣдко значительно меньше, чѣмъ тамъ, не говоря уже о галлюцинаторной и иллюзорной формѣ навязчивыхъ представленій Выше мы говорили о томъ, что иногда навязчивыя представленія достигаютъ такого напряженія, что принимаютъ какъ бы нѣкоторую чувственную окраску и приближаются къ галлюцинаторнымъ образамъ. Къ этому нужно добавить, что если галлюцинаціи и входятъ въ симптоматологію навязчивыхъ процессовъ, то слѣдуетъ замѣтить, что онѣ бываютъ при psychopathia и (psychosis) ideo-

obsessiva, въ общемъ, отрывочны, обыкновенно неярки и рѣзко отличаются отъ истинныхъ галлюцинацій, какія, напр., приходится наблюдать у алкоголиковъ или у истеричныхъ. Наоборотъ, при комбинаціи глубокаго меланхолическаго состоянія съ constitutio ideo-obsessiva обнаруживаются иногда, при сохраненіи яснаго сознанія, обильныя галлюцинаторныя навязчивыя представленія; напр., у больного появляются хульныя мысли, при этомъ ему кажется, что онъ слышитъ, какъ его языкъ произноситъ противъ его воли и желанія бранныя и циничныя слова; ему можетъ казаться, что подаваемая ему пища имѣетъ внѣшніе признаки частей человѣческаго тѣла, половыхъ органовъ и т. д. Онъ можетъ понимать, что все это воображается ему по болѣзни, что это иллюзіи слуха и зрѣнія, но онъ чувствуетъ себя такъ, какъ будто все это онъ испытываетъ на самомъ дѣлѣ. Въ этихъ случаяхъ больной подвергается наплыву навязчивыхъ представленій въ галлюцинаторной формѣ; нельзя сказать, что у него простые обманы органовъ чувствъ; нѣтъ, они отличаются навязчивостью, служатъ выраженіемъ сочетаній по контрасту, и отношеніе больного къ нимъ достаточно критическое; они находятся въ тѣсной зависимости отъ меланхолическаго состоянія; когда это послѣднее становится слабѣе, когда оно начинаетъ исчезать, то и упомянутыя галлюцинаторныя навязчивыя представленія стихаютъ; слѣдовательно, между ними и меланхолическимъ аффектомъ существуетъ связь. Пользуясь только этими комбинированными случаями, мы не имѣемъ достаточныхъ основаній, думается намъ, всецѣло относить отмѣченныя только что навязчивыя представленія въ галлюцинаторной формѣ къ чистымъ навязчивымъ процессамъ. Наблюденіе показываетъ, что въ случаяхъ psychopathia (и psychosis) ideo-obsessiva, гдѣ нѣтъ прибавочнаго первичнаго меланхолическаго состоянія, галлюцинаціи не достигаютъ никогда такого рѣзкаго проявленія. Поэтому, если вы имѣете дѣло съ яркими и обильными галлюцинаторными навязчивыми представленіями, да еще служащими выраженіемъ контрастныхъ сочетаній, вы должны задавать себѣ

вопросъ о томъ, нѣтъ ли предъ вами комбинированнаго случая, гдѣ меланхолія (или vesania melancholica) развилась на почвѣ constitutio ideo-obsessiva; также нужно имѣть въ виду возможность такого симптомокомплекса и въ меланхолической фазѣ циркулярнаго психоза, обнаруживающагося на почвѣ той же прирожденной нервно-психической организаціи.

Кромѣ случаевъ, гдѣ навязчивыя состоянія являются главнымъ признакомъ болѣзни, самымъ существеннымъ, гдѣ можно говорить объ эссенціальныхъ навязчивыхъ процессахъ, встрѣчаются разнообразные случаи, гдѣ навязчивыя мысли и представленія носятъ симптоматическій характеръ.

Симптоматическія навязчивыя мысли свойственны истерическимъ субъектамъ; онѣ наблюдаются также и у больныхъ, страдающихъ первичнымъ юношескимъ слабоуміемъ, прогрессивнымъ параличемъ, у эпилептиковъ, въ связи съ insanitas moralis, при резонирующихъ формахъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходится ставить *дифференціальную діагностику между psychopathia (и psychosis) ideo-obsessiva и истерической конституціей съ симптоматическими навязчивыми мыслями.* Въ первомъ случаѣ навязчивыя состоянія составляютъ сущность болѣзни; во второмъ они играютъ второстепенную роль, ихъ можетъ тамъ не быть, и это не мѣняетъ дѣла. Навязчивыя мысли у истеричныхъ сравнительно неглубоки, не многочисленны, не сложны; у истеричныхъ нѣтъ большого разнообразія въ нихъ, нѣтъ навязчивыхъ сочетаній по контрасту; правда, у нихъ наблюдается излишняя забота о себѣ, о любимомъ человѣкѣ, основанная на повышенной впечатлительности; при истерическомъ характерѣ субъектъ относится къ тому, что его заботитъ и волнуетъ, все-таки много легче, поверхностнѣе, чѣмъ индивидуумъ съ тревожно-мнительнымъ характеромъ, успокоивающійся вовсе не такъ быстро, какъ истерическій субъектъ. Этотъ послѣдній весьма скоро отвлекается отъ своихъ личныхъ заботъ; а будучи разстроенъ, можетъ легко успокоиться и перейти въ другое настроеніе. Въ то время какъ при тревожно-мнительномъ характерѣ индивидуумъ

скромен, не любитъ открывать предъ всякимъ встрѣчнымъ свою тревогу, при истерической организаціи, наоборотъ, индивидуумъ выставляетъ нерѣдко свои заботы на показъ, демонстративно вздыхая, если окружающіе не обращаютъ на него вниманія. При истеріи все, что производитъ большое впечатлѣніе, легко всплываетъ въ сознаніи, конечно, и можетъ носить навязчивый характеръ; но этихъ интенсивныхъ впечатлѣній немного, при чемъ на нихъ сосредоточивается вниманіе главнымъ образомъ; представленія, имъ соотвѣтствующія, отличаются яркостью, живостью, стойкостью, что̀ и служитъ причиною суженія психическаго поля зрѣнія; вслѣдствіе такого одностороннягo напряженія вниманія легко возникаютъ галлюцинаторные образы; и тогда вы будете имѣть дѣло съ тѣмъ, что называется навязчивой галлюцинаціей. При psychopathia (и psychosis) ideo-obsessiva навязчивыя мысли и представленія являются подвижными, часто смѣняютъ одни другія; у одного и того же индивидуума отмѣчается цѣлая серія самыхъ разнообразныхъ навязчивыхъ состояній, существующихъ всю жизнь, то обостряющихся, то ослабѣвающихъ; тутъ вы встрѣтите и боязнь прикосновенія, и хульныя мысли, и разнаго рода фобіи и т. д. Навязчивые страхи здѣсь иногда выражаются въ томъ, что больной боится того, чего никто изъ здоровыхъ людей не боится; онъ иногда можетъ, напр., бояться того, что если не сдѣлаетъ такого то движенія, то отъ этого будетъ вредъ ему, роднымъ, окружающимъ; истерическій субъектъ лишь преувеличиваетъ свой страхъ и свои опасенія, не выходящіе, однако, изъ рамокъ возможнаго и реальнаго. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ рѣзко выраженныхъ навязчивыхъ состояній, обильныхъ и разнообразныхъ, у женщинъ встрѣчаются признаки, имѣющіе сходство съ истерическими, напр., сжиманіе въ горлѣ, легко и часто появляющееся; если при изслѣдованіи, внимательномъ и не торопливомъ, у такой больной вы констатирова ли, что она имѣетъ тревожно-мнительный характеръ, если у нея существуютъ навязчивыя сочетанія по контрасту, хульныя мысли, навязчивые страхи, если всѣ эти симптомы появились съ ранняго возраста

и существуютъ въ той или другой формѣ, въ той или другой степени въ теченіе всей жизни, то вы имѣете основаніе, думается намъ, говорить въ данномъ случаѣ о psychopathia ideo-obsessiva, а слѣдовательно и о constitutio ideo-obsessiva, которая сопровождается истероидными симптомами; слѣдуетъ здѣсь избѣгать обозначать эти послѣдніе словомъ „истерическіе". Надо замѣтить, что многія душевныя болѣзни у женщинъ даютъ истероидный симптомокомплексъ; онъ можетъ наблюдаться и при первичномъ юношескомъ слабоуміи, и при прогрессивномъ параличѣ; ничего нѣтъ удивительнаго въ томъ, что онъ сопровождаетъ иногда и constitutio ideo-obsessiva. Истероидный синдромъ относится къ истеріи такъ же, какъ симптоматическія навязчивыя мысли къ эссенціальнымъ, какъ меланхолическое состояніе къ меланхоліи, какъ маніакальное къ маніи и т. д.

Иногда рѣзко выраженный синдромъ навязчивыхъ идей обнаруживается при первичномъ юношескомъ слабоуміи и тогда приходится говорить о *дифференціальной діагностикѣ между psychopathia (и psychosis) ideo-obsessiva и первичнымъ юношескимъ слабоуміемъ съ синдромомъ навязчивыхъ идей*. Наблюденіе показываетъ, что иногда приходится встрѣчать больныхъ въ молодомъ, точнѣе въ юношескомъ возрастѣ, у которыхъ наблюдаются весьма разнообразныя навязчивыя мысли и представленія, очень сложныя, многочисленныя, рано обнаруживающіяся; въ дальнѣйшемъ же теченіи оказывается, что къ нимъ присоединяются еще признаки другого характера, бредовыя идеи, упадокъ умственныхъ способностей; нерѣдко въ такихъ случаяхъ правильное распознаваніе можетъ быть сдѣлано нескоро, при тщательномъ и неоднократномъ наблюденіи больного, при хорошихъ анамнестическихъ данныхъ; больной, о которомъ идетъ сейчасъ рѣчь, по разсказамъ родныхъ и окружающихъ, представляется въ прошломъ человѣкомъ нервнымъ, впечатлительнымъ, съ разными странностями; вамъ иногда сообщатъ, что онъ могъ недурно учиться въ дѣтствѣ, что онъ хорошо окончилъ среднее учебное заведеніе, началъ занимать-

ся въ высшемъ учебномъ заведеніи; и вотъ здѣсь-то и началось ухудшеніе, при чемъ оказалось, что больному трудно стало дальше продолжать свое образованіе, что это ухудшеніе наступало незамѣтно, исподволь, медленно; но съ каждымъ годомъ оно несомнѣнно прогрессировало. У такого больного среди причудливой и разнообразной картины, которую даетъ синдромъ навязчивыхъ мыслей, впослѣдствіи начинаютъ проглядывать рѣзкія эгоистическія черты, указывающія на пониженіе нравственной личности и на моральную тупость; кругъ прежнихъ интересовъ постепенно суживается; появляются мысли и представленія, хотя и имѣющія сходство съ эссенціальными навязчивыми процессами, но не свойственныя чистымъ формамъ psychopathia (и psychosis) ideo-obsessiva. Будучи погруженъ въ навязчивыя мысли, будучи одолѣваемъ ими, больной начинаетъ временами высказывать явно абсурдныя опасенія, абсурдныя мысли, притомъ вы замѣчаете, что у него нѣтъ достаточно критическаго отношенія къ болѣзненнымъ явленіямъ, имъ испытываемымъ; въ разговорѣ, обыкновенно длинномъ и пространномъ, вы убѣдитесь, что у него существуютъ уже тѣ или другія идеи преслѣдованія. Такъ какъ больной сохраняетъ ясное сознаніе и можетъ въ извѣстныхъ условіяхъ держать себя правильно, такъ какъ онъ считаетъ себя въ то же время нездоровымъ и охотно обращается къ врачамъ, то на многихъ онъ производитъ такое впечатлѣніе, что онъ просто „нейрастеникъ“ или что у него только навязчивыя мысли; на самомъ же дѣлѣ онъ оказывается больнымъ, у котораго развивается коварнымъ образомъ первичное юношеское слабоуміе. Конечно, не во всѣхъ случаяхъ наблюдается тождественная картина; индивидуальность больного, его общественное положеніе, степень образованія оказываютъ большое вліяніе на внѣшнія проявленія болѣзни. Чѣмъ больше свѣдѣній пріобрѣлъ больной, чѣмъ больше онъ учился, тѣмъ пышнѣе въ такихъ случаяхъ будетъ клиническая картина болѣзни; иногда, особенно тамъ, гдѣ умственный распадъ начинается раньше, при синдромѣ навязчивыхъ состояній вы будете имѣть въ общемъ блѣдныя, вялыя.

неразнообразныя навязчивыя мысли и представленія. Дурной знакъ носятъ на себѣ такіе признаки, какъ легкая утомляемость, боязнь взяться за какую-нибудь работу, желаніе уединяться, лежать въ постели съ закрытой головой, предохраненіе себя отъ обычныхъ впечатлѣній текущей жизни, отсутствіе умственныхъ интересовъ; надо добавить, что все это будетъ тѣмъ болѣе странно, если вы обратите вниманіе на то, что предъ вами молодой человѣкъ, въ возрастѣ 20—25 лѣтъ, иногда образованный; и вполнѣ естественно, что у такого индивидуума надо бы ожидать проявленія въ той или другой степени умственныхъ интересовъ, любознательности, стремленія къ какому-нибудь занятію; вотъ почему выше указанные симптомы имѣютъ такое особенно неблагопріятное прогностическое значеніе, такъ какъ они свидѣтельствуютъ о распаденіи психической личности. Правильное и обоснованное распознаваніе въ этихъ случаяхъ можетъ быть сдѣлано лишь тогда, когда появились признаки начинающейся остановки дальнѣйшаго развитія умственныхъ способностей и упадка ихъ; пока этихъ признаковъ нѣтъ, мы не имѣемъ прочныхъ данныхъ говорить, что больному грозитъ первичное юношеское слабоуміе. Большую услугу вамъ окажетъ при этомъ анамнезъ больного, особенно объективный, безпристрастный, полученный отъ наблюдательныхъ окружающихъ. При чистыхъ, эссенціальныхъ навязчивыхъ состояніяхъ личность больного остается сохраненной, со всѣми ея прежними моральными качествами; слабоумія при psychopathia (и psychosis) ideo-obsessiva не развивается; конечно, навязчивыя мысли могутъ препятствовать временами данному индивидууму пріобрѣтать дальнѣйшія свѣдѣнія, но онѣ не могутъ заглушить надолго интересъ къ окружающему міру.

Далѣе, выше мы указывали на то, что у нѣкоторыхъ больныхъ наблюдается симптомокомплексъ навязчивыхъ задержекъ и высказали тогда мимоходомъ ту мысль, что, можетъ-быть, нѣкоторые изъ этихъ случаевъ даютъ дурное предсказаніе; такъ какъ упомянутый только-что синдромъ встрѣчается у молодыхъ лицъ, въ 16—20 лѣтъ, то невольно долженъ возникать вопросъ,

не имѣемъ ли тамъ дѣла съ первичнымъ юношескимъ слабоуміемъ. Въ настоящее время, думается намъ, нельзя высказаться въ этомъ отношеніи опредѣленно.

Кромѣ синдрома навязчивыхъ мыслей, при первичномъ юношескомъ слабоуміи приходится иногда наблюдать отдѣльныя навязчивыя потребности. Напр., больной, сохраняющій формально-ясное сознаніе, но съ неправильнымъ и бредовымъ представленіемъ объ окружающей его обстановкѣ, пріобрѣтаетъ въ теченіе болѣзни нѣкоторыя привычки, нѣкоторыя потребности, и исполненіе ихъ является необходимымъ для того, чтобы онъ могъ чувствовать себя хорошо и спокойно; пользуясь относительной свободой, онъ устраиваетъ отдѣльныя мелочи своей жизни такъ, что ничтожная перемѣна въ обстановкѣ можетъ его разстроить и заволновать; онъ можетъ обнаруживать навязчивое стремленіе высказать вамъ то, что онъ сдѣлалъ съ тѣхъ поръ, какъ васъ не видалъ, что читалъ и т. д., словомъ доложить вамъ объ всемъ. Онъ спокоенъ тогда, когда сообщилъ вамъ все нужное, по его мнѣнію, для его благополучія.

Отдѣльныя и отрывочныя навязчивыя состоянія, подобныя тѣмъ, какія отмѣчаются въ нѣкоторыхъ случаяхъ первичнаго юношескаго слабоумія, наблюдаются и при хроническомъ бредѣ преслѣдованія; здѣсь также иногда, въ теченіе этой длительной болѣзни, возникаютъ и создаются влеченія и потребности, имѣющія навязчивый характеръ и тѣсно переплетающіяся съ бредовыми идеями.

Иной разъ приходится встрѣчать навязчивыя стремленія и при прогрессивномъ параличѣ, напр., въ формѣ навязчивой потребности производить упорно какія-либо движенія; такъ, въ одномъ случаѣ прогрессивнаго паралича у больного мы наблюдали навязчивую потребность обтирать стѣны того помѣщенія, гдѣ онъ находился; у другого было навязчивое стремленіе ловить мухъ и уничтожать ихъ, что̀ онъ производилъ съ поразительнымъ упорствомъ. Здѣсь, конечно, нечего останавливаться на дифференціальной діагностикѣ. Намъ хотѣлось бы лишь указать на то, что изолированныя навязчивыя состоянія могутъ

встрѣчаться при различныхъ душевныхъ болѣзняхъ; они могутъ быть и у эпилептиковъ.

Наконецъ, будетъ не лишнимъ остановиться еще на отношеніи эссенціальныхъ навязчивыхъ психическихъ процессовъ къ такъ назыв. импульсивнымъ поступкамъ. Эти послѣдніе не свойственны чистымъ формамъ psychopathia (и psychosis) ideo-obsessiva; если и бываютъ здѣсь импульсивныя дѣйствія, то лишь въ случаяхъ комбинированныхъ, напр., при сочетаніи съ меланхолическимъ состояніемъ. У многихъ больныхъ, представляющихъ картину однихъ только навязчивыхъ процессовъ, безъ прибавочнаго элемента, наблюдаются, какъ мы указывали выше, навязчивыя побужденія взять чужую вещь, убить близкаго человѣка и т. д.; причемъ, больной, сознавая ненормальность такихъ побужденій, волнуется, тревожится, боится, какъ бы ему дѣйствительно чего-либо не сдѣлать дурного. Наблюденіе показываетъ, что эти страхи больныхъ напрасны; если вы имѣете дѣло съ эссенціальными навязчивыми процессами, то можете смѣло успокоить больного, сказавъ ему, что онъ не сдѣлаетъ того, чего такъ боится. Въ такихъ случаяхъ нельзя говорить о томъ, что такой больной страдаетъ, напр., клептоманіей; этой послѣдней здѣсь нѣтъ; здѣсь на первомъ планѣ стоитъ страхъ взять чужую вещь, т.-е. *клептофобія*. Сохраняя ясное сознаніе, обладая въ большинствѣ случаевъ хорошо развитою нравственною личностью, больные этого рода не совершаютъ преступныхъ дѣяній, къ которымъ побуждаютъ ихъ навязчивыя мысли. Наоборотъ, непреодолимыя влеченія и импульсивныя дѣйствія преступнаго характера проявляютъ не индивидуумы, у которыхъ вы констатируете чистую форму psychopathia (и psychosis) ideo-obsessiva, а больные другого рода, обыкновенно съ тою или другою степенью ослабленія нравственнаго чувства. Иногда у этихъ послѣднихъ вмѣстѣ съ непреодолимыми влеченіями и импульсивными поступками отмѣчаются разныя навязчивыя представленія, какъ симптоматическое проявленіе, такъ что въ такихъ случаяхъ нельзя говорить объ эссенціальныхъ навязчивыхъ психическихъ процессахъ, о соп-

stitutio ideo-obsessiva; тамъ нужно искать иную психическую организацію, другую почву; тамъ вы можете встрѣтить истерическаго субъекта, резонирующаго индивидуума, эпилептика и т. д., и у всѣхъ этихъ лицъ вамъ удастся, вѣроятно, констатировать изъяны въ нравственной сферѣ, наиболѣе выраженные при insanitas moralis, при нравственномъ идіотизмѣ. При psychopathia (и psychosis) ideo-obsessiva больной подчиняется вліянію нѣкоторыхъ изъ своихъ навязчивыхъ влеченій и навязчивыхъ стремленій, именно тѣхъ, которыя не приносятъ вреда окружающимъ; напр., онъ можетъ произвести какое-либо навязчивое движеніе или рядъ движеній, произнести какую нибудь фразу или слово и т. д.

Переходимъ теперь къ разсмотрѣнію того, какъ и чѣмъ лѣчить больныхъ, у которыхъ вы распознали psychopathia (и psychosis) ideo-obsessiva, на что обращать особенное вниманіе при разговорѣ съ ними. Прежде всего намъ хотѣлось бы указать на то, что эти больные въ большинствѣ случаевъ не лишены наблюдательности; если вы отнеслись къ изслѣдованію такого больного поспѣшно, не выслушали его внимательно, то онъ будетъ думать, что вы не поняли его психическаго состоянія. Такъ какъ онъ привыкъ къ самонаблюденію, къ анализу переживаемыхъ имъ навязчивыхъ процессовъ, то слѣдуетъ при разспросѣ предлагать ему вопросы съ нѣкоторою осторожностью, не предлагать такихъ вопросовъ, которые могли бы его сразу шокировать и огорчить. Если вы хорошо знакомы съ симптоматологіей эссенціальныхъ навязчивыхъ мыслей и страховъ, то, разговаривая съ больнымъ, вы можете деликатно и осторожно спрашивать больного, если онъ самъ вамъ объ этомъ не успѣлъ сказать, о томъ, каковъ у него былъ прежде характеръ, не замѣчалъ ли онъ за собою излишней нерѣшительности, мнительности, брезгливости, стремленія провѣрять себя въ одномъ и томъ же много разъ, считать окружающіе предметы и т. д., и т. д. Особенно осторожно слѣдуетъ касаться у нѣкоторыхъ больныхъ сочетаній по контрасту, такъ называемыхъ хульныхъ мыслей, такъ какъ онѣ для нихъ могутъ быть весьма мучи-

тельными, крайне непріятными; иногда больной можетъ и стѣсняться говорить объ этомъ съ вами, и вы должны стремиться къ тому, чтобы не огорчить его, не сконфузить. Чѣмъ деликатнѣе вы будете разспрашивать больного, чѣмъ вдумчивѣе вы будете предлагать ему вопросы, тѣмъ большее довѣріе вы пріобрѣтете со стороны больного. Надо, чтобы онъ убѣдился въ томъ, что врачъ понимаетъ его положеніе; разъ это достигнуто, то этимъ однимъ вы уже принесете большую пользу ему. Больной нуждается въ нравственной поддержкѣ, въ успокоеніи его навязчивыхъ тревогъ, и разумное слово врача оказываетъ ему большую услугу. Почувствовавъ къ вамъ расположеніе, больной съ каждымъ разомъ станетъ бесѣдовать съ вами откровеннѣе и постепенно будетъ открывать предъ вами свою душу. Встрѣчаясь съ больнымъ много разъ, наблюдая его въ теченіе долгаго времени, вы будете знакомиться съ его психическимъ состояніемъ все подробнѣе. Больной не сразу можетъ сообщить вамъ обо всемъ; когда онъ освоится съ вами больше, онъ разскажетъ вамъ о томъ, о чемъ прежде почему-то умалчивалъ; кстати добавимъ здѣсь, что больные, о которыхъ идетъ сейчасъ рѣчь, отличаются въ общемъ скрытностью. Многія навязчивыя мысли и представленія связаны у нихъ тѣсно съ интимною жизнью, съ сокровенными уголками ихъ психики, и обязанность врача—касаться многихъ щепетильныхъ для больного вопросовъ особенно деликатно, безъ малѣйшаго оттѣнка насмѣшки, безъ излишней развязности. Благотворное вліяніе оказываетъ въ этихъ случаяхъ психическая терапія въ широкомъ смыслѣ этого слова. Такъ какъ больной и самъ боится того, какъ бы не показаться ему смѣшнымъ въ глазахъ другихъ, ибо онъ понимаетъ ненормальность, странность, болѣзненность переживаемыхъ имъ навязчивыхъ состояній, то вы должны держать себя такъ, чтобы у больного не осталось впечатлѣнія, что вы надъ нимъ смѣялись; нужно, чтобы онъ видѣлъ, что вы отнеслись къ нему съ сочувствіемъ. Иногда больной можетъ разсказывать вамъ о многомъ такомъ, что въ глазахъ окружающихъ представляется смѣшнымъ. Между прочимъ, онъ

разскажетъ вамъ иной разъ о массѣ суевѣрій, разныхъ примѣтъ, которымъ онъ придаетъ особенное значеніе и которыя могутъ пронизывать въ большомъ количествѣ всю его психическую дѣятельность.

Многіе больные, страдающіе psychopathia (и psychosis) ideoobsessiva, лѣчатся амбулаторно; нѣкоторые изъ нихъ стремятся поступить въ больницу; можно рекомендовать нерѣдко для этого общую больницу, санаторій для нервно-больныхъ, если, конечно, проявленія болѣзни не выражаются въ шумливости, въ большомъ безпокойствѣ, такъ какъ тогда лучше уже посовѣтовать больному поступить въ спеціальное заведеніе. Нѣкоторые изъ больныхъ, если они сами этого желаютъ, могутъ лѣчиться въ психіатрическихъ больницахъ даже и тогда, когда нѣтъ бурныхъ симптомовъ. Помѣщеніе въ психіатрическое заведеніе насильственное, противъ желанія больного, ни въ какомъ случаѣ не желательно; правда, въ немъ обыкновенно не бываетъ надобности; такое интернированіе дурно вліяетъ на настроеніе больного, оскорбляетъ его; иногда отказъ его лѣчиться въ психіатрическомъ заведеніи зависитъ именно отъ патологическаго страха увидѣть психически больного, даже прійти въ какое-нибудь соприкосновеніе съ его вещами и пр. Конечно, если вы имѣете дѣло съ случаемъ комбинированнымъ, напр., съ сочетаніемъ навязчивыхъ состояній съ меланхоліей, если больной можетъ въ домашней обстановкѣ покончить съ собой, тогда иное дѣло, тогда слѣдуетъ быть болѣе настойчивымъ и энергичнымъ при помѣщеніи его въ психіатрическое заведеніе или при устройствѣ дома обстановки, похожей на больничную.

Что касается лѣченія физическими методами и лѣкарственными веществами, то надо замѣтить, что если у больного бываетъ часто непріятное настроеніе, если у него замѣтный меланхолическій элементъ, то можно назначить сначала теплыя ванны, въ 28° по Реомюру, продолжительностью въ 15 — 20 минутъ, съ прохладнымъ компрессомъ на головѣ; въ той комнатѣ, гдѣ дѣлается больному ванна, не должно быть жарко и

душно; ванну желательно брать раза 2 въ недѣлю, даже три, если она не тяготитъ больного, если онъ чувствуетъ себя послѣ нея спокойнѣе и лучше. Если вы увидите, что настроеніе стало лучше и ванны стали его тяготить, то слѣдуетъ перейти на лѣченіе водой болѣе низкихъ температуръ въ формѣ ежедневныхъ обтираній или обливаній; для этого лучше брать сначала воду въ 25—26° по Реомюру; затѣмъ, чрезъ каждые 3—4 дня слѣдуетъ постепенно уменьшать температуру воды на одинъ градусъ и такъ спуститься до 20 — 19 — 18 градусовъ, смотря по тому, какая температура для больного пріятнѣе и лучше вліяетъ на его самочувствіе. Такое водолѣченіе можно продѣлывать дома или въ спеціальномъ заведеніи въ теченіе долгаго времени. Если больной любилъ прежде лѣтомъ купаться, то и теперь ему слѣдуетъ это дѣлать, и можно купаться и въ рѣчной водѣ, и въ морѣ. Водолѣченіе даетъ въ общемъ хорошіе результаты, и подъ вліяніемъ его навязчивыя состоянія становятся иногда слабѣе, впечатлительность понижается; нужно, конечно, обращать вниманіе на состояніе всѣхъ внутреннихъ органовъ и рѣшить раньше, чѣмъ совѣтовать больному купанье, нѣтъ ли противопоказаній для этого со стороны сердца, легкихъ и пр. Лѣченіе будетъ успѣшнѣе тогда, когда больной ѣдетъ купаться охотно, съ убѣжденіемъ, что это можетъ ему помочь, а не тогда, когда онъ дѣлаетъ это лишь подъ настойчивыми уговорами кого-нибудь изъ окружающихъ.

Временное занятіе физическимъ трудомъ или сельскимъ хозяйствомъ, занятіе на открытомъ воздухѣ, также будетъ полезно для больного, если оно происходитъ при извѣстныхъ психическихъ условіяхъ; во-первыхъ, и здѣсь надо, чтобы больной работалъ охотно, чтобы онъ видѣлъ смыслъ въ этомъ, чтобы онъ относился къ своему занятію не какъ къ обязательному, а какъ къ разумному и полезному труду. Утрированное занятіе, а особенно форсированное, не дастъ хорошихъ результатовъ, такъ какъ весьма большое значеніе имѣетъ здѣсь то обстоятельство, какъ настроенъ самъ больной, какъ онъ себя чувствуетъ. Если вы полагаете, что физическій трудъ или де-

ревенскія занятія для него необходимы, а онъ съ этимъ не вполнѣ согласенъ, то вамъ придется приготовить къ этому постепенно, исподволь, умѣло, не торопясь, не жалѣя времени на продолжительныя бесѣды съ больнымъ. Вообще, надо замѣтить, что вамъ придется иной разъ потратить на разговоры съ нимъ много времени прежде, чѣмъ вы будете въ состояніи оказывать на него незамѣтное для него нравственное воздѣйствіе: при этомъ нужно помнить, что вы должны остерегаться, чтобы не показать какъ-нибудь больному, что вы считаете его психически разстроеннымъ; если онъ увидитъ и замѣтитъ, что вы обращаете недостаточно вниманіе на то, что онъ сохранилъ свой разумъ, то это можетъ его обидѣть и мѣшать вамъ оказывать на него моральное вліяніе, сводящееся къ психической ортопедіи.

Фармацевтическія средства, приносящія пользу при psychopathia (и psychosis) ideo-obsessiva, немногочисленны; при навязчивыхъ страхахъ оказываютъ иногда замѣтно хорошее дѣйствіе препараты опія въ небольшихъ дозахъ; больному можно назначить, напр., extractum opii aquosum, 0,01,—0,015 раза 2—3 въ день, смотря по силѣ аффективнаго состоянія. Многимъ больнымъ даются бромистыя соли въ обычныхъ дозахъ; онѣ способствуютъ иногда уменьшенію впечатлительности, но особенной пользы отъ нихъ ожидать нельзя.

Далѣе, принято назначать больнымъ, о которыхъ идетъ рѣчь, лѣченіе мышьякомъ; въ настоящее время весьма распространены впрыскиванія мышьяка подъ кожу. Мы же считаемъ болѣе удобнымъ давать As внутрь, въ небольшихъ дозахъ. Прописывается, напр., solutio arsenicalis Fowleri въ размѣрѣ 5 граммъ и къ нему прибавляется 45 граммъ воды или Elixir visceralis Hoffmani; такую смѣсь, которую нужно взбалтывать слегка предъ пріемомъ, можно давать больному, начиная съ 8—10 капель, два раза въ день послѣ ѣды; черезъ каждые 2—3 дня каждый пріемъ увеличается на каплю; можно дойти до 15—20—25 капель и болѣе на пріемъ въ зависимости отъ состоянія кишечника. Можно назначить As и въ пилюляхъ (aci-

dum arsenicosum по 0, 0005—0,001 на пріемъ, 2 раза въ день). Лѣченіе небольшими дозами As переносится больными обыкновенно хорошо. Иногда къ As прибавляется въ пилюляхъ Fe, особенно у субъектовъ блѣдныхъ. Понятно само собою, что отдѣльныя физическія болѣзни требуютъ соотвѣтствующихъ мѣропріятій. У мужчинъ нерѣдко бываютъ при psychopathia (и psychosis) ideo-obsessiva частыя поллюціи, и здѣсь умѣстны различныя средства, какъ-то: монобромистая камфора, extractum fluidum salicis nigrae и пр.; но наибольшій успѣхъ иногда оказываетъ совѣтъ больному, по возможности, устранять изъ поля сознанія эротическія представленія и стараться держать свои мысли въ извѣстной чистотѣ.

ГЛАВА ДВѢНАДЦАТАЯ.

Циркулярный психозъ.

Клиническая картина болѣзни: смѣна меланхолическихъ и маніакальныхъ состояній; различная степень интенсивности того и другого періода.— Теченіе болѣзни при циркулярномъ психозѣ и его клиническія особенности.—Начало съ меланхолической фазы; ея продолжительность.—Длительность маніакальнаго періода.—Свѣтлые промежутки.—О томъ, на что обращать вниманіе при составленіи анамнеза. — Дифференціальная діагностика между меланхолической фазой циркулярнаго психоза и приступомъ рецидивирующей меланхоліи.—Дифференціальная діагностика между приступомъ рецидивирующей маніи и маніакальной фазой циркулярнаго психоза.

Циркулярный психозъ или круговое помѣшательство выражается въ томъ, что у одного и того же индивидуума наблюдается смѣна двухъ противоположныхъ состояній—меланхолическаго и маніакальнаго; первое имѣетъ внѣшнее сходство съ рецидивирующей меланхоліей, второе — съ рецидивирующей маніей. Начинаясь въ молодомъ возрастѣ, иногда очень рано, циркулярный психозъ обнаруживается обыкновенно у даннаго больного въ теченіе всей его жизни. Внѣшнія проявленія болѣзни въ этихъ случаяхъ представляютъ большое разнообразіе у различныхъ больныхъ, а нерѣдко и у одного и того же индивидуума. Какъ періодъ угнетенія, такъ и періодъ возбужденія при циркулярномъ психозѣ бываютъ неодинаковой продолжительности и интенсивности. Въ меланхолической фазѣ больной выглядитъ угнетеннымъ, мрачно настроеннымъ; нерѣдко онъ въ это время малоподвиженъ; на свое положеніе, на будущее

онъ смотритъ мрачно; въ его сознаніи возникаютъ мысли о томъ, что ему лучше и не жить совсѣмъ; онъ не вѣритъ въ то, что его состояніе можетъ измѣниться, что настроеніе его перестанетъ быть такимъ тяжелымъ, невыносимымъ, мучительнымъ; успокоенія окружающихъ дѣйствуютъ на него временно и способствуютъ иной разъ поддержанію бодрости больного, который легко приходитъ въ отчаяніе. Больной самъ замѣчаетъ, что мысль его плохо работаетъ, что душевная дѣятельность приходитъ въ состояніе заторможенія, угнетенія, подавленія; больной жалуется на то, что ему стало трудно соображать, что у него исчезаютъ интересы къ окружающему, къ своему занятію, что работать ему трудно. Мысли больного сосредоточиваются на болѣзненныхъ ощущеніяхъ; кругъ интересовъ суживается; энергія падаетъ; является безволіе, безразлично апатичное настроеніе, но въ то же время тягостное. Ему приходятъ въ голову мысли о томъ, что онъ хуже другихъ, что онъ грѣшенъ, виновенъ предъ Богомъ, предъ людьми, что всѣ отъ него отказались и отвернулись; иногда у него можетъ явиться мысль и о томъ, что окружающіе его презираютъ и дурно относятся къ нему.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ меланхолическій періодъ циркулярнаго психоза выраженъ сравнительно слабо; чувствуя себя дурно, находясь въ угнетенномъ состояніи, даже иногда не надѣясь на освобожденіе отъ такого непріятнаго настроенія, больной продолжаетъ заниматься дѣломъ, для него привычнымъ; конечно, чѣмъ оно проще. тѣмъ легче ему исполнять его въ такомъ положеніи; онъ работаетъ въ это время безъ интереса, съ трудомъ, заставляя и принуждая себя; исполнивъ обязательную работу, онъ остальное время ничего не дѣлаетъ, часто ложится въ постель, ничто его не развлекаетъ; непріятное, угнетающее настроеніе постоянно преслѣдуетъ его. Иногда больной, бывая въ обществѣ, можетъ подавить проявленія своего тягостнаго настроенія, скрыть ихъ отъ другихъ; и многіе могутъ не замѣтить его болѣзни. Иногда періодъ угнетенія при циркулярномъ психозѣ выраженъ еще слабѣе, при чемъ боль-

ному сравнительно легко удается продолжать свои занятія, только онъ становится менѣе дѣятельнымъ, нѣсколько менѣе подвижнымъ, и въ это время онъ считается просто „нейрастеникомъ“.

Въ другомъ рядѣ случаевъ, больной, находящійся въ меланхолической фазѣ циркулярнаго психоза, представляетъ болѣе или менѣе тяжелую картину; онъ неподвиженъ, на вопросы иногда совсѣмъ не отвѣчаетъ, или скажетъ что-нибудь изрѣдка тихо, еле слышно; или онъ отвѣтитъ на вопросъ и снова замолчитъ. Онъ можетъ подолгу лежать или сидѣть въ одной позѣ, въ одномъ положеніи; нерѣдко въ такомъ состояніи больной неохотно ѣстъ; его приходится уговаривать ѣсть, кормить его съ ложки или часто за столомъ напоминать ему и побуждать его; иногда, сидя за столомъ, онъ медленно все дѣлаетъ, медленно беретъ ложку, медленно жуетъ и проглатываетъ и т. д. Получается въ это время такое впечатлѣніе, что онъ какъ будто бы чѣмъ-то отвлеченъ, что мысли его гдѣ-то витаютъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ къ только-что описанному состоянію присоединяются отрывочныя бредовыя идеи, тѣ или другія обманы со стороны органовъ чувствъ, нѣкоторое затуманеніе сознанія; возможно, что и отказъ отъ пищи, о которомъ была только что рѣчь, обусловливается отчасти и бредовыми идеями, иногда однообразно-упорными, или галлюцинаціями и иллюзіями. Тамъ, гдѣ циркулярный психозъ развивается на почвѣ тревожно-мнительнаго характера, т.-е. въ связи съ constitutio ideo-obsessiva, тамъ во время меланхолической фазы у больного можетъ наблюдаться рѣзко выраженный синдромъ навязчивыхъ психическихъ состояній, весьма причудливыхъ и разнообразныхъ, при чемъ въ это время могутъ обнаружиться галлюцинаторныя и иллюзорныя навязчивыя представленія. Иногда въ теченіе меланхолическаго періода циркулярнаго психоза развивается обостреніе въ формѣ временнаго, но болѣе глубокаго разстройства сознанія, въ формѣ аментивнаго состоянія; при разстроенномъ сознаніи, особенно подъ вліяніемъ бредовыхъ идей, больной можетъ наносить себѣ тѣ или иныя поврежденія, нерѣдко въ одномъ и томъ же направленіи; онъ можетъ рас-

царапывать себѣ гдѣ-нибудь кожу, теребить или щипать себя, даже кусать.

Что касается физическихъ и нервныхъ симптомовъ при меланхолической фазѣ циркулярнаго психоза, то надо замѣтить прежде всего, что у больныхъ въ это время разстраивается сонъ; они спятъ, въ общемъ, недостаточно, хотя, можетъ-быть, не такъ мало и плохо, какъ при рецидивирующей меланхоліи. Аппетитъ у нихъ также разстраивается и пропадаетъ иногда, такъ что они ѣдятъ поэтому неохотно и немного, если ихъ не побуждать. Со стороны кишечника у нихъ могутъ быть также аномаліи въ формѣ запоровъ, но не такихъ упорныхъ и стойкихъ, какъ при рецидивирующей меланхоліи. При большомъ заторможеніи психической дѣятельности, при угнетеніи ея у больныхъ этого рода отмѣчается замедленіе сердечной дѣятельности, при чемъ пульсъ становится рѣдкимъ и иногда аритмичнымъ нѣсколько; кожа и видимыя слизистыя оболочки въ это время блѣднѣютъ, конечности становятся холодными, а кисти и стопы ціанотичными.

Періодъ возбужденія при циркулярномъ психозѣ у различныхъ больныхъ, а также у одного и того же индивидуума выражается неодинаково. Въ однихъ случаяхъ у больного наблюдается здѣсь то, что называется маніакальной экзальтаціей; онъ веселъ, оживленъ, говорливъ, подвиженъ, вмѣшивается въ чужія дѣла, берется то за одно, то за другое; при разговорѣ съ нимъ вы замѣтите, что мысли его текутъ ускореннымъ темпомъ, что вниманіе его легко отвлекается; разсказывая о чемъ-нибудь, больной вставляетъ много лишняго, вводитъ много ненужныхъ подробностей; сужденія больного въ это время отличаются поверхностностью; онъ имѣетъ легкомысленный видъ, ведетъ охотно разговоры на эротическія темы и нерѣдко и поступаетъ такимъ же образомъ. Бросается въ глаза всѣмъ, что больной очень любитъ говорить, разсказывать пространно, съ большими подробностями; говорить онъ можетъ, сколько угодно, о чемъ-угодно, когда угодно. Онъ мало интересуется тѣмъ, что думаетъ его собесѣдникъ, не обращая иногда вниманія на

то, не усталъ ли онъ и т. д. Онъ охотно заводитъ разныя знакомства, иной разъ совсѣмъ неподходящія и подозрительныя: къ окружающимъ онъ любитъ приставать съ тѣми же длинными разсказами. О себѣ онъ имѣетъ повышенное представленіе и преувеличиваетъ свои умственныя способности; онъ считаетъ себя обыкновенно выше другихъ по уму, по пониманію происходящаго вокругъ. Кромѣ того, онъ любитъ много резонировать на разныя темы; обо всемъ онъ судитъ и рядитъ, обо всемъ имѣетъ свое мнѣніе, не смущаясь вести разговоръ и о томъ, чего вовсе не понимаетъ. Съ окружающими больной нерѣдко заводитъ ссоры и приходитъ въ самыя разнообразныя столкновенія. Выраженіе лица у больного въ этомъ періодѣ циркулярнаго психоза оживленное, мимика подвижная, глаза блестящіе; голосъ нерѣдко хриплый отъ усиленнаго разговора.

Въ другомъ рядѣ случаевъ маніакальная фаза циркулярнаго психоза протекаетъ болѣе остро, при чемъ возбужденіе бываетъ болѣе сильное; и въ это время всѣ окружающіе видятъ уже, что имѣютъ дѣло съ несомнѣннымъ больнымъ. Мысли больного текутъ здѣсь съ большею быстротою, чѣмъ при маніакальной экзальтаціи; въ разговорѣ онъ обнаруживаетъ еще бо́льшую непослѣдовательность, а иногда и замѣтную безсвязность; временами у него разстраивается сознаніе, и оно можетъ затуманиться; тогда появляются различныя бредовыя идеи, часто съ характеромъ величія; онъ становится безпокойнѣе, шумливѣе, то поетъ, то кричитъ, часто смѣется; у него могутъ быть въ это время не только иллюзіи, но галлюцинаціи различныхъ органовъ чувствъ. Въ этихъ случаяхъ маніакальная фаза циркулярнаго психоза выражается въ формѣ маніи или въ видѣ vesania maniacalis.

Въ третьемъ рядѣ случаевъ данная фаза кругового психоза проявляется еще болѣе бурно, и возбужденіе у больного достигаетъ весьма рѣзкой степени; онъ становится очень безпокойнымъ, весьма шумливъ, громко кричитъ, часто сердится, бранится, проявляетъ нерѣдко аггрессивныя наклонности, разрушаетъ то, что можно, рветъ на себѣ одежду и пр. Рѣчь его

безсвязная, совсѣмъ непослѣдовательная. Говоря быстро, онъ высказываетъ при этомъ лишь отрывки своихъ мыслей, проносящихся въ его головѣ съ большою скоростью; среди произносимыхъ имъ фразъ и словъ вы замѣтите рѣзко выраженныя сочетанія по созвучію, отрывочныя бредовыя идеи съ характеромъ величія. Вспышки гнѣва возникаютъ у него внезапно, достигая часто рѣзкихъ проявленій.

Физическіе и нервные симптомы въ маніакальной фазѣ циркулярнаго психоза выражаются въ слѣдующемъ: сонъ больного разстраивается; въ общемъ, онъ спитъ мало, рано просыпается, и тутъ же начинаетъ онъ свою работу, такъ какъ его энергія требуетъ постояннаго разряженія. Аппетитъ у такого больного усиленный; иногда онъ требуетъ для себя пищи больше, чѣмъ обыкновенный человѣкъ; кишечникъ у него дѣйствуетъ правильно и лишь иногда разстраивается отъ обильнаго введенія пищи.

Со стороны половыхъ органовъ у мужчинъ наблюдается наклонность къ эрекціямъ, поллюціямъ, къ мастурбаціи. Интересно отмѣтить, что у многихъ больныхъ, страдающихъ циркулярнымъ психозомъ и находящихся въ маніакальной фазѣ, наблюдаются истероидные признаки. Эти послѣдніе выражаются различнымъ образомъ: то у больного вы увидите простыя истерики и услышите отъ него жалобы на сжиманіе въ горлѣ; то иногда встрѣчаются здѣсь обморочныя истероидныя состоянія: больной падаетъ какъ бы безъ сознанія, лежитъ на полу нѣкоторое время безъ движенія, съ поверхностнымъ дыханіемъ. У нѣкоторыхъ больныхъ, особенно женщинъ, эти истериодныя явленія выражены такъ рѣзко, что больная, напр., принимается за истеричку, а не за индивидуума, страдающаго циркулярнымъ психозомъ.

Остановимся подробнѣе на разсмотрѣніи того, какъ протекаетъ циркулярный психозъ, и на различныхъ клиническихъ особенностяхъ его. Какъ мы указывали выше, циркулярный психозъ обнаруживается въ молодомъ возрастѣ, иногда очень рано; но это бываетъ не во всѣхъ случаяхъ; иногда онъ мо-

жетъ начинаться и въ возрастѣ среднемъ, лѣтъ съ 30—35. Разспрашивая тщательно окружающихъ и самихъ больныхъ, почти всегда удается узнать, что дѣло начинается съ меланхолической фазы; весьма возможно, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ говорятъ о томъ, что болѣзнь дебютируетъ маніакальнымъ состояніемъ, мы имѣемъ невполнѣ достаточный анамнезъ; наблюденіе показываетъ, что чаще всего просматривается окружающими меланхолическая фаза, особенно если она выражена нерѣзко, слабо, какъ это и бываетъ часто; при чемъ оказывается, что въ такомъ періодѣ больной считался здоровымъ, такъ какъ иногда онъ продолжаетъ заниматься даже своимъ дѣломъ. За меланхолической фазой у больного слѣдуетъ періодъ возбужденія, затѣмъ опять подавленное состояніе, снова маніакальное и т. д., и т. д.

Иногда же въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ у него можетъ быть въ началѣ болѣзни рядъ меланхолическихъ приступовъ, маніакальные же обнаруживаются позднѣе. Разъ появился маніакальный приступъ, то уже начинается послѣдовательная смѣна депрессивнаго состоянія и возбужденнаго. Въ однихъ случаяхъ перенеся меланхолическій приступъ и послѣдующее возбужденіе больной переходитъ въ состояніе, близкое къ нормѣ; онъ самъ себя считаетъ въ то время здоровымъ, таковымъ же считаютъ его и другіе; въ иныхъ случаяхъ этого свѣтлаго промежутка нѣтъ, и больной не выходитъ изъ ненормальнаго состоянія.

Начинается меланхолическій приступъ то болѣе или менѣе быстро, то постепенно. Продолжительность меланхолическихъ періодовъ какъ у разныхъ больныхъ, такъ и у одного и того же индивидуума весьма неодинаковая; то этотъ періодъ длится нѣсколько недѣль, 2—3—4, то нѣсколько мѣсяцевъ, нерѣдко и лѣтъ. Напр., я помню одного больного, у котораго меланхолическая фаза тянулась лѣтъ 8—9. Существованіе длительныхъ депрессивныхъ состояній не исключаетъ вовсе и короткихъ у того же больного.

Маніакальный періодъ при циркулярномъ психозѣ бываетъ

также неодинаковымъ по своей продолжительности; въ общемъ надо сказать, что приступы возбужденія все-таки не столь длительны, какъ депрессивныя состоянія, хотя бываютъ и обратные случаи; но эти случаи рѣже; у нѣкоторыхъ больныхъ приступы маніакальнаго возбужденія иногда бываютъ коротки сравнительно, съ недѣлю, полторы, напр., и смѣняются длительнымъ меланхолическимъ періодомъ. Иногда циркулярный психозъ обнаруживается въ видѣ смѣны депрессивныхъ и маніакальныхъ фазъ относительно короткихъ; затѣмъ же продолжительность того и другого періода становится больше.

Что касается интенсивности отдѣльныхъ звеньевъ циркулярнаго психоза, то надо обратить вниманіе на то, что иногда маніакальные приступы протекаютъ бурно, съ бредомъ и галлюцинаціями, а меланхолическіе — при неглубокомъ депрессивномъ состояніи. Иногда же, повидимому, рѣже, у больного меланхолическая фаза протекаетъ болѣе интенсивно, при чемъ заторможеніе выражено рѣзко, сознаніе замѣтно разстроено; маніакальное же состояніе сказывается въ томъ, что больной дѣлается лишь нѣсколько болѣе развязнымъ, чѣмъ ему свойственно, болѣе подвижнымъ и легкомысленнымъ.

У нѣкоторыхъ больныхъ наблюдается, что отдѣльные періоды циркулярнаго психоза съ теченіемъ времени между собою сближаются. Если прежде между депрессивно и маніакальными приступами были свѣтлые промежутки значительной продолжительности, то впослѣдствіи они становятся все короче и короче, такъ что больной не выходитъ изъ болѣзненнаго состоянія. Если прежде и меланхолическая фаза отдѣлялась отъ маніакальной нѣкоторымъ свѣтлымъ промежуткомъ, то и этотъ послѣдній съ теченіемъ времени сглаживается, и обѣ фазы между собою сближаются.

Какимъ же образомъ совершается у больного переходъ изъ меланхолическаго періода въ маніакальный? Въ однихъ случаяхъ этотъ переходъ совершается постепенно въ теченіи, напр., нѣсколькихъ недѣль; въ другихъ это дѣлается въ теченіи нѣсколькихъ дней, въ третьихъ — это происходитъ необыкно-

венно быстро; напр., сегодня больной угнетенъ, а завтра уже онъ можетъ быть возбужденнымъ.

Переходимъ теперь къ разсмотрѣнію того, какъ составлять анамнезъ въ томъ случаѣ, если вы предполагаете, что имѣете дѣло съ циркулярнымъ психозомъ, на что̀ обращать особенное вниманіе. Какъ вы знаете, окружающіе, которыхъ вы будете разспрашивать о больномъ, о проявленіяхъ его болѣзни, сообщать вамъ обыкновенно прежде всего о маніакальныхъ приступахъ, какъ о наиболѣе яркихъ признакахъ болѣзни; меланхолическія же фазы ими просматриваются, и вамъ приходится помогать дающему вамъ свѣдѣнія припомнить, не было ли у больного депрессивныхъ періодовъ, а если были, то когда они именно были у него. Я припоминаю одинъ случай циркулярнаго психоза, гдѣ дѣло касалось молодой особы, у которой приступы возбужденія протекали бурно, съ большимъ безпокойствомъ, требовавшимъ пребыванія въ спеціальномъ заведеніи; меланхолическіе же періоды выражались у нея въ легкомъ подавленномъ, въ легкомъ непріятномъ настроеніи и длились значительно дольше, чѣмъ состоянія возбужденія; и въ это время она настолько владѣла собою, что могла заниматься дѣломъ; родные и окружающіе считали ее здоровой; она же сама видѣла, что она и въ это время больна; если бы вы спросили у нѣкоторыхъ изъ окружающихъ, даже близко знающихъ больную, въ чемъ ея болѣзнь, вамъ навѣрное перечислили бы приступы ея возбужденнаго состоянія, не упомянувъ, быть можетъ, о меланхолическихъ фазахъ. Бываетъ обратное въ нѣкоторыхъ случаяхъ, именно тамъ, гдѣ депрессивный період выраженъ интенсивно, а маніакальный слабо; но такіе случаи рѣже встрѣчаются. Если вы желаете составить себѣ ясное и точное представленіе о томъ, какъ протекаетъ у даннаго индивидуума циркулярный психозъ, вамъ нужно будетъ подробнѣе и тщательнѣе разспросить окружающихъ, что̀ они сами замѣчали; вы должны будете руководить ими, направлять и останавливать ихъ вниманіе, чтобы получить правильный и точный отвѣтъ отъ нихъ на интересующіе васъ вопросы. Прежде всего слѣ-

дуетъ, если есть свѣтлые промежутки, постараться опредѣлить характеръ больного, основныя психологическія черты его склада ума, привычекъ, склонностей; и, руководствуясь этимъ, нужно стремиться узнать, когда, въ какомъ возрастѣ или въ какомъ году, или въ какихъ годахъ, у больного наблюдались длительныя уклоненія въ ту или другую сторону отъ основного его характера. Нужно просить сообщающихъ свѣдѣнія разсказать вамъ объ отдѣльныхъ фактахъ изъ жизни больного, если у васъ возникнетъ мысль о томъ, что онъ находился тогда то въ меланхолическомъ или маніакальномъ состояніи; при этомъ слѣдуетъ имѣть въ виду ту симптоматологію, которую мы дали выше, говоря о внѣшнихъ проявленіяхъ болѣзни при циркулярномъ психозѣ.

Далѣе, интересно выяснить вопросъ о томъ, стоятъ ли отдѣльные приступы циркулярнаго психоза у даннаго больного въ зависимости отъ какихъ-либо внѣшнихъ причинъ или же они чисто эндогеннаго происхожденія. Повидимому, въ нѣкоторыхъ случаяхъ первый приступъ болѣзни иногда, особенно у женщинъ, обнаруживается въ связи съ какимъ-нибудь этіологическимъ моментомъ; такъ, напр., въ одномъ случаѣ циркулярнаго психоза депрессивная фаза, рѣзко выраженная, развилась въ послѣродовомъ періодѣ; у другой больной предъ началомъ болѣзни были сильныя моральныя потрясенія; переходъ же въ маніакальное состояніе у этихъ больныхъ произошелъ довольно быстро, безъ всякаго внѣшняго повода. Надо думать, что хотя циркулярный психозъ считается болѣзнью, развивающейся на почвѣ своеобразной нервно-психической организаціи, однако нельзя вовсе отрицать того, что различныя жизненныя условія оказываютъ на проявленія болѣзни нѣкоторое вліяніе; именно, они могутъ способствовать болѣе рѣзкому, болѣе быстрому обнаруженію отдѣльныхъ приступовъ циркулярнаго психоза. При составленіи объективнаго анамнеза въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ имѣть въ виду эти соображенія.

При разспросѣ окружающихъ и родныхъ нужно будетъ обращать вниманіе на нѣкоторыя проявленія болѣзни, предста-

вляющія большую практическую важность. Дѣло въ томъ, что многіе больные, находящіеся въ меланхолической фазѣ циркулярнаго психоза, склонны къ самоубійству; нерѣдко они кончають свою жизнь въ это время насильственнымъ образомъ. Поэтому, при составленіи анамнеза вамъ необходимо будетъ остановиться подробнѣе на этомъ, чтобы способствовать своимъ совѣтомъ и предупрежденіемъ окружающихъ сохраненію жизни больного.

Какъ бы ни были наблюдательны окружающіе, какъ бы хорошо они ни знали больного, слѣдуетъ, для дополненія анамнеза, разспросить еще и самого больного, если, конечно, это возможно по его состоянію; въ объективный анамнезъ приходится почти всегда вносить тѣ или другія поправки со словъ самихъ больныхъ; понятно, что больной о себѣ, о своей внутренней жизни сообщитъ вамъ точнѣе иногда, чѣмъ окружающіе, ибо знаетъ о себѣ больше, чѣмъ другіе, и можетъ разсказать иногда недурно то, что было съ нимъ.

Что касается другихъ подробностей при составленіи анамнеза больныхъ, страдающихъ циркулярнымъ психозомъ, и того, какъ наблюдать больныхъ, какъ держать себя съ ними, позволяемъ себѣ указать на то, что при уходѣ и наблюденіи за ними въ меланхолическомъ періодѣ нужно руководствоваться тѣмъ, что мы говорили въ первой части нашей „Семіотики и діагностики душевныхъ болѣзней“, въ отдѣлѣ о рецидивирующей меланхоліи; тѣмъ же, что изложено тамъ по поводу маніи, можно руководствоваться, когда имѣете дѣло съ маніакальною фазою циркулярнаго психоза.

Здѣсь же мы считаемъ не лишнимъ остановиться на дифференціальной діагностикѣ при циркулярномъ психозѣ и, въ особенности, на циркулярномъ теченіи, которое можетъ служить внѣшнимъ проявленіемъ различныхъ душевныхъ болѣзней, главнымъ образомъ—органическихъ.

Начнемъ съ *дифференціальной діагностики между меланхолической фазой циркулярнаго психоза и приступомъ рецидивирующей меланхоліи.* Если предъ вами больной, у котораго

былъ раньше меланхолическій приступъ, смѣнившійся затѣмъ періодомъ возбужденія, и если вы теперь опять имѣете дѣло съ меланхолическимъ состояніемъ, то, исключивши возможность циркулярнаго теченія, можете съ нѣкоторою положительностью сказать, что въ данномъ случаѣ надо поставить распознаваніе циркулярнаго психоза; дѣйствительно, здѣсь діагностика будетъ сравнительно простая. Большія діагностическія трудности представляютъ, понятно, тѣ случаи, гдѣ дѣло идетъ о первой меланхолической фазѣ циркулярнаго психоза; въ самомъ дѣлѣ, у васъ не будетъ почти никакихъ данныхъ для того, чтобы утверждать, что у изслѣдуемаго больного начинается циркулярный психозъ, а не рецидивирующая меланхолія. Только въ рѣдкихъ случаяхъ возможно, опираясь на нѣкоторые клиническіе признаки, предполагать, что за меланхолическимъ приступомъ не разовьется маніакальнаго, т.-е., что не будетъ у больного циркулярнаго психоза, этой тяжелой хронической болѣзни. Намъ думается, что тамъ, гдѣ меланхолическій приступъ протекаетъ по типу vesania melancholica, т.-е. тамъ, гдѣ при остромъ меланхолическомъ приступѣ нельзя говорить ни объ одномъ меланхолическомъ состояніи, ни объ одномъ аментивномъ, ни объ одномъ паранойяльномъ, тамъ съ большею степенью вѣроятности можно ставить распознаваніе рецидивирующаго психоза, а не циркулярнаго. Въ этихъ случаяхъ вы будете имѣть такую картину болѣзни: больной неохотно отвѣчаетъ на вопросы, выглядитъ грустнымъ, съ тревогой на лицѣ; если его настойчиво спрашивать о чемъ-нибудь, онъ можетъ правильно отвѣтить; хотя изъ разговора съ нимъ вы убѣдитесь въ томъ, что у него много галлюцинацій, преимущественно слуховыхъ, что онъ имѣетъ бредовое представленіе объ окружающемъ; однако въ то же время вы замѣтите, что онъ присматривается къ тому, что происходитъ вокругъ, интересуется имъ, и выраженіе его глазъ говоритъ за то, что многое онъ хорошо понимаетъ; онъ понимаетъ предлагаемые ему вопросы, что, между прочимъ, выражается въ томъ, что онъ исполняетъ иногда охотно то, о чемъ вы просите его. Если

вы констатировали приблизительно такое состояніе у больного, то болѣе вѣроятнымъ будетъ распознаваніе рецидивирующаго меланхолическаго психоза, нежели меланхолической фазы циркулярнаго психоза. Сравнивая только-что представленную картину съ тѣмъ, что наблюдается при депрессивномъ періодѣ кругового помѣшательства, вы въ состояніи отмѣтить нѣкоторую разницу въ клиническихъ особенностяхъ того и другого случая. При циркулярномъ психозѣ въ сходныхъ состояніяхъ отмѣчаются симптомы заторможенія, подавленія; здѣсь больной будетъ менѣе подвиженъ, здѣсь оцѣпѣненіе будетъ выражено рѣзче; при чемъ бредовыхъ идей и обмановъ со стороны различныхъ органовъ чувствъ у больного здѣсь значительно меньше, чѣмъ тамъ, гдѣ вы встрѣчаете даже вмѣстѣ съ меланхолическимъ и аментивнымъ также и паранойяльный синдромъ. При дифференціальной діагностикѣ между меланхолической фазой циркулярнаго психоза и нѣкоторыми случаями острыхъ меланхолическихъ состояній нужно имѣть въ виду и то обстоятельство, что послѣ тѣхъ изъ нихъ, которые выражаются въ формѣ vesania melancholica и которые отличаются большею длительностью, наблюдается нерѣдко повышенное самочувствіе, какъ реакція на перенесенную тяжелую и мучительную болѣзнь; выйдя изъ тягостнаго кошмара, нависшаго надъ нимъ, больной радуется тому, что онъ освободился отъ своихъ страданій, тревогъ, волненій, пугающихъ голосовъ; ему становится весело, подобно тому, какъ можетъ радоваться человѣкъ, освободившійся отъ мучительной физической боли. Такое реактивное состояніе, имѣя нѣкоторое сходство съ легкими формами маніакальной экзальтаціи, отличается, однако, отъ нихъ тѣмъ прежде всего, что оно длится короткое время и не сопровождается такимъ легкомысліемъ и поверхностными сужденіями, какъ эта послѣдняя.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ при дифференціальной діагностикѣ между меланхолическимъ періодомъ циркулярнаго психоза и приступомъ рецидивирующей меланхоліи имѣетъ значеніе, правда, относительное, и физическіе признаки, сопровождающіе

то и другое страданіе. Въ первомъ случаѣ питаніе больного разстраивается въ общемъ меньше, чѣмъ во второмъ, и онъ меньше худѣетъ, чѣмъ настоящій меланхоликъ, который во время приступа душевнаго разстройства весьма сильно падаетъ въ вѣсѣ, блѣднѣетъ, выглядитъ осунувшимся, постарѣвшимъ; повидимому, въ первомъ случаѣ усвоеніе питательныхъ веществъ совершается лучше сравнительно, чѣмъ при рецидивирующей меланхоліи. При сопоставленіи ряда больныхъ той и другой категоріи получается то общее впечатлѣніе, что депрессивная фаза циркулярнаго психоза скорѣе носитъ характеръ функціональнаго заболѣванія на почвѣ разстройста кровообращенія въ головномъ мозгу и что приступъ рецидивирующей меланхоліи ближе стоитъ къ соматическимъ страданіямъ, вслѣдствіе чего онъ и сопровождается такими рѣзкими измѣненіями во всемъ организмѣ. Весьма возможно, что процессъ кроветворенія разстраивается значительно больше при рецидивирующей меланхоліи, нежели въ депрессивномъ періодѣ циркулярнаго психоза. Конечно, нужно оговориться, что высказанныя соображенія имѣютъ лишь относительное значеніе, и вамъ придется встрѣчать иногда и исключенія изъ этого предположительнаго вывода; но въ нѣкоторыхъ случаяхъ эти соображенія помогутъ вамъ приблизиться къ правильному распознаванію.

Во многихъ же случаяхъ, когда предъ вами первый приступъ меланхолическаго состоянія, вы будете лишены, при современномъ положеніи нашихъ знаній, поставить правильное распознаваніе и сказать заранѣе, безъ дальнѣйшаго продолжительнаго наблюденія, будетъ ли у больного рецидивирующая меланхолія или же циркулярный психозъ, что интересно также и въ практическомъ отношеніи, такъ какъ рецидивирующая меланхолія оказывается страданіемъ все-таки болѣе легкимъ; она можетъ давать свѣтлые промежутки, иногда длинные, въ нѣсколько лѣтъ, изрѣдка въ 10—20 лѣтъ, даже и болѣе; при циркулярномъ же психозѣ приступы болѣзни повторяются въ общемъ чаще.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ вамъ придется ставить *дифферен-*

ціальную діагностику между приступомъ рецидивирующей маніи и маніакальной фазой циркулярнаго психоза; конечно, это можетъ случиться тамъ, гдѣ не будетъ въ вашемъ распоряженіи достаточно полного анамнеза. Какъ мы уже указывали выше, циркулярный психозъ въ огромномъ большинствѣ случаевъ, если не всегда, начинается съ меланхолической фазы; поэтому, если вы убѣдились въ томъ, что маніакальному приступу не предшествовалъ періодъ угнетенія, то слѣдуетъ склоняться къ тому мнѣнію, что предъ вами случай рецидивирующей маніи, а не кругового психоза. Съ другой стороны, надо помнить, что манія, какъ рецидивирующій психозъ, встрѣчается весьма рѣдко; всякій случай маніакальнаго состоянія, если нѣтъ опредѣленныхъ указаній на другую болѣзнь, напр., на первичное юношеское слабоуміе, прогрессивный параличъ и пр., нужно обслѣдовать по возможности тщательнѣе въ томъ отношеніи, чтобы выяснить вопросъ, было ли здѣсь депрессивное состояніе или нѣтъ, что̀ имѣетъ и практическое значеніе, такъ какъ, имѣя дѣло съ приступомъ рецидивирующей маніи, въ общемъ, можно ставить болѣе благопріятное предсказаніе, чѣмъ тогда, когда вы констатируете въ данномъ случаѣ циркулярный психозъ. Существуютъ ли въ клинической картинѣ самого маніакальнаго состоянія такія особенности, на основаніи которыхъ было можно ставить опредѣленное распознаваніе и которыя служили бы опорными пунктами при дифференціальной діагностикѣ? Надо сказать, что такихъ признаковъ весьма мало. Мы позволяемъ себѣ сдѣлать попытку указать лишь на нѣкоторые изъ нихъ. Наблюденіе показываетъ, что при рецидивирующей маніи часто встрѣчается такое сочетаніе симптомовъ, которое покойный С. С. Корсаковъ обозначалъ терминомъ „vesania maniacalis“. При этомъ синдромѣ у больного, кромѣ возбужденія, отмѣчается масса бредовыхъ идей не только величія, но и съ характеромъ преслѣдованія, обманы со стороны органовъ чувствъ и значительное бредовое представленіе объ окружающемъ, которое рисуется больному въ несоотвѣтствующемъ дѣйствительности видѣ; больной въ такомъ состояніи шумливъ,

часто сердится на окружающихъ, кричитъ, поетъ, неправильно объясняетъ то, что происходитъ вокругъ него, иногда обнаруживаетъ стойкія бредовыя идеи, связанныя съ опредѣленными лицами; здѣсь нельзя говорить о томъ, что у больного ясное сознаніе, хотя у него и нѣтъ такого рѣзкаго нарушенія въ ассоціаціяхъ, какъ при маніакальной аменціи. Намъ думается, что если вы встрѣчаете такой случай, то будете имѣть основаніе предполагать здѣсь существованіе рецидивирующей маніи; нужно добавить, что здѣсь подобная картина является не временной въ теченіе даннаго приступа, а постоянной; сходное сочетаніе психическихъ признаковъ можетъ быть эпизодическимъ моментомъ и въ теченіи маніакальнаго періода циркулярнаго психоза. При vesania maniacalis такой синдромъ развивается обыкновенно довольно быстро, наблюдается все время, пока существуетъ болѣзнь, и выздоровленіе наступаетъ здѣсь скорѣе критически, чѣмъ литически, особенно въ формахъ ремиттирующихъ. Послѣ маніакальнаго приступа, протекающаго въ формѣ vesania maniacalis, больной почти всегда переходитъ въ легкое подавленное состояніе; на это послѣднее можно смотрѣть какъ на реактивное депрессивное состояніе, развивающееся послѣ предшествующаго возбужденія. Находясь въ такомъ реактивномъ состояніи, больной испытываетъ чувство усталости, нѣкоторой разбитости, желаніе отдохнуть; онъ бываетъ при этомъ иногда нѣсколько апатиченъ, вялъ; въ то же время онъ разуменъ, хорошо соображаетъ, на тоску не жалуется; онъ отличается отъ больного, находящагося въ меланхолическомъ состояніи, тѣмъ, между прочимъ, что не высказываетъ бредовыхъ идей, не стремится лишить себя жизни насильственнымъ образомъ и тѣмъ, что вскорѣ его самочувствіе улучшается. Подобное депрессивное реактивное состояніе послѣ приступа vesania maniacalis вполнѣ аналогично легкому повышенному самочувствію, развивающемуся иногда послѣ остраго меланхолическаго заболѣванія.

ГЛАВА ТРИНАДЦАТАЯ.

Дифференціальная діагностика между меланхолическимъ періодомъ со спутанностью при циркулярномъ психозѣ и меланхолической аменціей.— Дифференціальная діагностика между маніакальнымъ періодомъ со спутанностью при циркулярномъ психозѣ и маніакальной аменціей.— Синдромъ бреда сутяжничества въ теченіи маніакальной экзальтаціи при циркулярномъ психозѣ: отличіе этого синдрома отъ сутяжнаго помѣшательства.—Дифференціальная діагностика между циркулярнымъ психозомъ и циркулярною формою прогрессивнаго паралича.—Дифференціальная діагностика между циркулярнымъ психозомъ и циркулярнымъ теченіемъ при первичномъ юношескомъ слабоуміи.—Дифференціальная діагностика между циркулярнымъ психозомъ и циркулярнымъ теченіемъ при dementia arteriosclerotica et dementia organica.—Отношеніе циркулярнаго психоза къ истеріи и къ такъ называемой циркулярной нейрастеніи.—Предсказаніе при циркулярномъ психозѣ.—Общія основы ухода за больными и лѣченія ихъ.

Если отдѣльный приступъ *меланхолической фазы циркулярнаго психоза* протекаетъ съ признаками спутанности, то у васъ можетъ явиться мысль о томъ, нѣтъ ли въ данномъ случаѣ *меланхолической аменціи:* дифференціальная діагностика между этой послѣдней и циркулярнымъ психозомъ будетъ возникать лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ вамъ приходится имѣть дѣло съ первымъ приступомъ душевной болѣзни. Нерѣдко, особенно у женщинъ, послѣ какой-нибудь физической болѣзни, напр., послѣ остраго сочленовнаго ревматизма, а также послѣ родовъ, обнаруживается душевное разстройство меланхолическаго характера; оно протекаетъ при подавленномъ состояніи, дурномъ настроеніи, съ отказомъ отъ пищи подъ вліяніемъ бредовыхъ идей и галлюцинацій; больная молчалива, очень мало разго-

варивает съ окружающими, иногда не отвѣчаетъ на вопросы объ ея состоянiи, не интересуется окружающимъ, ничего не дѣлаетъ, не можетъ читать; изъ разспроса ея и отрывочныхъ бредовыхъ мыслей видно, что она неправильно оцѣниваетъ то, что происходитъ вокругъ, думаетъ, что она совсѣмъ не человѣкъ уже, постоянно лежитъ въ постели. Такое состоянiе сопровождается иногда желанiемъ умереть, вслѣдствiе чего больная наноситъ себѣ поврежденiя. Данный синдромъ развивается обыкновенно остро и въ началѣ даетъ картину рѣзко выраженнаго разстройства въ ассоцiацiонномъ аппаратѣ; затѣмъ, болѣзнь переходитъ въ однообразное и монотонное состоянiе; однако, то больной становится лучше, то ея состоянiе снова ухудшается; иногда отказъ отъ пищи вызываетъ сильное похуданiе, даже истощенiе. Подобная картина болѣзни въ началѣ заставляетъ васъ иногда думать о томъ, не развился ли у больной астеническiй психозъ въ формѣ астенической аменцiи; такое предположенiе вполнѣ основательно, такъ какъ психозъ обнаруживается въ связи съ истощающей физической болѣзнью. Однако, дальнѣйшее наблюденiе указываетъ уже на возможность здѣсь меланхолической формы острой спутанности. Въ виду того, что болѣзнь длится долгое время, иногда 2—3 года, вы уже начинаете думать о томъ, нѣтъ ли въ данномъ случаѣ первичнаго юношескаго слабоумiя; и вотъ неожиданно, иногда довольно быстро, состоянiе больной рѣзко измѣняется, и она переходитъ въ состоянiе манiакальной экзальтацiи, характерной для циркулярнаго психоза. Оглядываясь на такiе случаи, анализируя отдѣльные признаки, наблюдавшiеся у больныхъ во время подавленнаго состоянiя, вы пожелаете, несомнѣнно, постараться найти симптомы, которые на будущее время помогутъ вамъ раньше сдѣлать правильное распознаванiе. Какiе же признаки нужно считать въ подобныхъ случаяхъ характерными для циркулярнаго психоза? Ихъ немного, но нѣкоторые изъ нихъ могутъ оказать вамъ извѣстную пользу при дифференцiальной дiагностикѣ. *Во-первыхъ,* надо помнить, что циркулярный психозъ чаще развивается у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ.

Во-вторыхъ, физическія болѣзни у женщинъ, а также и послѣродовой періодъ, могутъ служить моментомъ, способствующимъ обнаруженію скрытыхъ формъ циркулярнаго психоза. *Въ-третьихъ*, картина болѣзни остается здѣсь монотонно-однообразной, безъ рѣзкихъ колебаній, при чемъ депрессивная окраска выражена весьма рѣзко.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, главнымъ образомъ тамъ, гдѣ вы имѣете плохой и недостаточный анамнезъ, вамъ придется ставить *дифференціальную діагностику между маніакальнымъ періодомъ циркулярнаго психоза и рецидивирующей аменціей въ маніакальной формѣ*. Понятно само собою, что это возможно лишь тамъ, гдѣ маніакальный періодъ кругового помѣшательства протекаетъ въ острой и бурной формѣ, со спутанностью сознанія. Огромную услугу въ такихъ случаяхъ вамъ окажетъ анамнезъ какъ объективный, такъ и субъективный, когда больной оправится и разскажетъ самъ о томъ, каково было его здоровье прежде. Надежныхъ же клиническихъ признаковъ безъ анамнеза, имѣющаго здѣсь, какъ и во многихъ случаяхъ душевной болѣзни, рѣшающее значаніе, — надежныхъ клиническихъ признаковъ въ этомъ случаѣ нельзя указать. Говоря о дифференціальной діагностикѣ между маніакальной фазой циркулярнаго психоза и приступомъ рецидивирующей маніи, мы обращали вниманіе на то, что круговой психозъ дебютируетъ меланхолической фазой; это обстоятельство слѣдуетъ помнить и въ тѣхъ случаяхъ, когда вы сомнѣваетесь, съ чѣмъ же именно приходится имѣть вамъ дѣло, съ маніакальной рецидивирующей аменціей или съ циркулярнымъ психозомъ. Дѣйствительно, иногда маніакальная фаза циркулярнаго психоза даетъ картину весьма больной спутанности, съ галлюцинаціями, съ безсвязнымъ бредомъ.

Опять тотъ же тщательно собранный анамнезъ поможетъ вамъ поставить правильное распознаваніе тамъ, гдѣ маніакальный *періодъ кругового психоза протекаетъ въ формѣ длительной экзальтаціи, съ резонерствомъ и съ синдромомъ бреда сутяжничества*. Надо замѣтить, что при маніакальной экзальта-

ціи, служащей одной изъ фазъ циркулярнаго психоза, больные обнаруживаютъ большое резонерство; иногда они такъ искусно выставляютъ факты въ другомъ освѣщеніи, въ иномъ видѣ, что могутъ многихъ изъ окружающихъ убѣдить въ правотѣ своихъ взглядовъ и мнѣній. Отличаясь нерѣдко придирчивостью, неуживчивостью, такой больной ссорится съ окружающими; если онъ пользуется свободой, то можетъ начать какое-нибудь дѣло, выставляя себя пострадавшимъ и обиженнымъ. Онъ любитъ доказывать свою правоту и обвинять другихъ; его жалобы отличаются, вообще, большою односторонностью; имѣя дѣло съ больными, находящимися въ періодѣ маніакальной экзальтаціи циркулярнаго психоза, вы легко убѣдитесь въ томъ, что передавая вамъ о себѣ, разсказывая о томъ, что они переживаютъ, они умалчиваютъ о причиненныхъ ими другимъ непріятностяхъ, оправдываютъ себя во многомъ, если не во всемъ. Иной разъ ихъ разсказы ведутся такимъ образомъ, что у васъ можетъ явиться мысль о томъ, нѣтъ ли у больного бреда преслѣдованія. Я припоминаю одного больного, которому было болѣе 50 лѣтъ и у котораго былъ несомнѣнный циркулярный психозъ: отдѣльные приступы данной болѣзни выражались у него неодинаково; напр., маніакальный періодъ протекалъ иногда весьма бурно и остро. И вотъ въ одну изъ маніакальныхъ фазъ у него обнаружилась экзальтація, съ синдромомъ бреда сутяжничества; больной сдѣлался придирчивымъ, раздражительнымъ; онъ сталъ заводить ссоры съ окружающими; когда онъ встрѣчалъ даже намекъ на обиду, онъ волновался; сталъ жаловаться администраціи на своихъ обидчиковъ; онъ переходилъ съ своими жалобами изъ одной инстанціи въ другую. Онъ не считалъ себя больнымъ; онъ смотрѣлъ на себя, какъ на обиженнаго другими; онъ игнорировалъ тѣ обиды, которыя онъ самъ причинялъ окружающимъ; объ этомъ онъ какъ бы забывалъ совсѣмъ. Не получая удовлетворенія въ низшихъ инстанціяхъ, такъ какъ въ сущности онъ былъ не правъ, онъ былъ недоволенъ, что мѣстная администрація не поступаетъ съ его обидчиками такъ, какъ ему хотѣлось бы; наконецъ, онъ рѣшился

обратиться съ своей жалобой къ высокопоставленному лицу въ одной изъ столицъ, о чемъ онъ заявлялъ открыто. Въ это-то время онъ и былъ помѣщенъ въ психіатрическое заведеніе, гдѣ онъ держался со всѣми свысока, всѣхъ третировалъ, держался гордо, указывая всѣмъ, что онъ несправедливо пострадалъ, что онъ правъ. Можно было думать, что здѣсь дѣло касается больного, страдающаго сутяжнымъ помѣшательствомъ; но анамнезъ съ несомнѣнною очевидностью говорилъ за то, что этотъ больной страдаетъ циркулярнымъ психозомъ и находится въ состояніи маніакальной экзальтаціи. Это же было подтверждено и дальнѣйшимъ наблюденіемъ; послѣ періода экзальтаціи у больного наступило затѣмъ меланхолическое состояніе, тянувшееся довольно долгое время. Итакъ, въ приведенномъ случаѣ отмѣчался психическій синдромъ, имѣвшій сходство съ картиной сутяжнаго помѣшательства. Переходя къ анализу послѣдняго, небезинтересно будетъ указать на основныя черты только-что упомянутой формы душевнаго разстройства. Прежде всего надо замѣтить, что лица, страдающія бредомъ сутяжничества, отличаются ажитированнымъ состояніемъ; они въ общемъ подвижны, любятъ много говорить, мало склонны слушать то, что имъ другіе говорятъ, имѣютъ обо всемъ свое собственное мнѣніе; они относятся къ категоріи резонеровъ, т.-е. индивидуумовъ съ кривою логикой; они самолюбивы, эгоистичны, обидчивы: требуютъ въ домашней жизни, чтобы все дѣлалось для нихъ; всюду, во всѣхъ дѣлахъ ихъ „я“ на первомъ мѣстѣ; о себѣ нерѣдко они имѣютъ повышенное представленіе. Приходя въ тѣ или другія столкновенія съ окружающими, резонеръ съ сутяжнымъ помѣшательствомъ обижается на другихъ, не замѣчая какъ будто своихъ ошибокъ и своей неправоты; онъ охотно обращается, для возстановленія „истины“, къ административнымъ и судебнымъ учрежденіямъ; не довольствуясь рѣшеніемъ дѣла въ однѣхъ инстанціяхъ, онъ переходитъ въ другія. Сопоставляя только-что набросанную картину сутяжной психики съ сходнымъ синдромомъ, который иногда наблюдается при маніакальной экзальтаціи циркуляр-

наго психоза, можно, однако, отмѣтить и нѣкоторыя особенности въ томъ и другомъ случаѣ. *Во-первыхъ*, маніакальный элементъ значительно больше выраженъ при циркулярномъ психозѣ; собственно говоря, въ сутяжномъ помѣшательствѣ имѣется скорѣе маніакальный, ажитированный характеръ. *Во-вторыхъ*, резонерство у сутяги—прирожденная психическая особенность, очень яркая и типичная для него; резонерство у маніака—симптомъ временный, преходящій. *Въ-третьихъ*, для циркулярнаго психоза характерна смѣна двухъ противоположныхъ состояній, меланхолическаго и маніакальнаго. Если при сутяжномъ бредѣ, какъ особой формѣ резонирующей паранойи, обнаруживаются нерѣдко колебанія въ настроеніи, то надо сказать, что они не такъ уже рѣзки, не такъ отчетливы, не такъ ярки, какъ при круговомъ психозѣ.

При дифференціальной діагностикѣ при циркулярномъ психозѣ нужно имѣть въ виду и то обстоятельство, что нѣкоторыя душевныя болѣзни протекаютъ въ циркулярной формѣ, такъ что можно говорить о циркулярномъ теченіи; это касается прогрессивнаго паралича, артеріосклеротическаго слабоумія и, вообще, органическихъ энцефалопатій, первичнаго юношескаго слабоумія.

Прежде, чѣмъ говорить о *дифференціальной діагностикѣ между циркулярнымъ психозомъ и циркулярною формою прогрессивнаго паралича*, необходимо сказать о томъ, въ чемъ эта послѣдняя выражается, какими клиническими признаками она сопровождается. Въ одномъ рядѣ случаевъ у больного, иногда задолго до развитія несомнѣнныхъ признаковъ прогрессивнаго паралича, обнаруживается циркулярный сидромъ; появляется подавленное состояніе, то въ формѣ vesania melancholica, то въ видѣ депрессіи, то въ формѣ тоскливаго настроенія съ стремленіемъ къ самоубійству. За меланхолическимъ присгупомъ, продолжительность котораго можетъ быть отъ 2—3 мѣсяцевъ до году, у больного развивается возбужденіе, подвижность, говорливость, повышенный эротизмъ; въ это время у него обыкно-

венно обнаруживается характерный бредъ величія паралитиковъ; больной тогда считаетъ себя богатымъ, милліонеромъ, милліардеромъ; онъ мечтаетъ о знакомствахъ съ высокопоставленными лицами, съ министрами, съ государемъ; въ себѣ онъ чувствуетъ иногда большую физическую силу, увѣряя иной разъ, что онъ можетъ поднять десятки, сотни пудовъ и т. д. д., и т. д. Для паралитической маніакальной фантазіи нѣтъ удержу. Спустя нѣсколько мѣсяцевъ наступаетъ то ремиссія, то снова меланхолической періодъ. Прогрессивный параличъ, являясь органической душевной болѣзнью, чаще всего медленно развивающейся, нарушаетъ психическое равновѣсіе довольно рано; еще нѣтъ рѣзкихъ признаковъ этой болѣзни, а тонусъ душевной дѣятельности уже становится инымъ; вотъ въ это время и можетъ иногда, въ качествѣ первыхъ симптомовъ страданія, начаться циркулярное теченіе. Въ нѣкоторыхъ же случаяхъ это послѣднее обнаруживается тогда, когда есть уже несомнѣнные признаки паралитическаго слабоумія. Понятно само собою, что чѣмъ раньше при прогрессивномъ параличѣ разовьется циркулярный синдромъ, тѣмъ труднѣе будетъ дифференціальная діагностика; она проста тамъ, гдѣ въ маніакальномъ состояніи, развившемся послѣ меланхолическаго періода, вы видите картину паралитическаго бреда величія. Если же послѣ депрессивной фазы наступаетъ періодъ маніакальной экзальтаціи, безъ абсурднаго бреда величія, то иногда дифференціальная діагностика можетъ быть довольно затруднительной. Чѣмъ же нужно руководствоваться, чтобы распознать, съ чѣмъ вы имѣете дѣло, съ циркулярнымъ ли теченіемъ при прогрессивномъ параличѣ или съ круговымъ психозомъ? Здѣсь окажутся для васъ полезными какъ данныя анамнеза, такъ и изслѣдованіе самого больного. При прогрессивномъ параличѣ въ анамнезѣ въ большинствѣ случаевъ отмѣчается сифилисъ; иной разъ онъ отрицается у паралитиковъ, такъ какъ нельзя доказать существованіе его почему-нибудь, – потому ли, что скрываетъ это самъ больной, или потому, что сифилисъ прошелъ незамѣченнымъ или подъ видомъ другой венерической болѣзни.

Сифилисъ въ анамнезѣ, сифилисъ несомнѣнный, даетъ лишнее основаніе предполагать существованіе начинающагося прогрессивнаго паралича, если предъ вами больной среднихъ лѣтъ, у котораго lues былъ нѣсколько лѣтъ тому назадъ и у котораго смѣна меланхолическихъ и маніакальныхъ приступовъ началась недавно сравнительно, уже послѣ сифилитической инфекціи. Какъ вы уже знаете, циркулярный психозъ чаще всего обнаруживается съ молодыхъ лѣтъ, иногда въ юношескомъ возрастѣ; правда, у женщинъ онъ можетъ начинаться нѣсколько позднѣе въ нѣкоторыхъ случаяхъ; но, съ другой стороны, надо принять во вниманіе, что прогрессивный параличъ несравненно чаще встрѣчается пока у мужчинъ. Эти соображенія также имѣютъ извѣстное значеніе при дифференціальной діагностикѣ. Необходимо указать, впрочемъ, и на то, что и больной, страдающій давно, съ молодыхъ лѣтъ, циркулярнымъ психозомъ и заразившійся lues'омъ позднѣе, не гарантированъ отъ заболѣванія прогрессивнымъ параличемъ, хотя, можетъ-быть, нѣсколько предохраненъ отъ него. Далѣе, при дифференціальномъ распознаваніи между циркулярнымъ теченіемъ при прогрессивномъ параличѣ и круговымъ психозомъ большое значеніе имѣютъ и физическіе симптомы. Особенно характерно для паралитическаго слабоумія разстройство рѣчи, спотыканіе на нѣкоторыхъ слогахъ, затрудненіе произношенія вообще, растягиваніе слоговъ при произношеніи. При маніакальной экзальтаціи, при большой говорливости рѣчь больного также измѣняется; напр., голосъ у него становится хриплымъ, отчетливость произношенія понижается, вслѣдствіе утомленія. Зрачки въ первомъ случаѣ представляютъ обыкновенно тѣ или другія измѣненія: то они неравной величины, то плохой реакціи; при циркулярномъ психозѣ разстройство со стороны зрачковъ можетъ быть лишь случайно, ибо оно здѣсь не обязательно. При прогрессивномъ параличѣ нерѣдко отмѣчается асимметрія въ лицѣ, трясеніе въ рукахъ, дрожаніе въ языкѣ; что касается только-что перечисленныхъ признаковъ при циркулярномъ психозѣ, то надо имѣть въ виду, что асимметрія можетъ быть иногда и приро-

жденной особенностью строенія лицевыхъ костей у даннаго индивидуума; у циркулярныхъ маніаковъ, какъ субъектовъ впечатлительныхъ, раздражительныхъ, легко волнующихся, нерѣдко наблюдается также трясеніе въ рукахъ; дрожаніе же въ языкѣ у нихъ если и есть оно, обыкновенно небольшое. Колѣнные рефлексы рѣзче усилены, въ общемъ при прогрессивномъ параличѣ, нежели при циркулярномъ психозѣ.

Въ другомъ рядѣ случаевъ при паралитическомъ слабоуміи, иногда въ началѣ болѣзни, встрѣчается своеобразное циркулярное теченіе въ формѣ однодневныхъ депрессивныхъ и однодневныхъ возбужденныхъ состояній; здѣсь дѣло идетъ обыкновенно такъ: одинъ день больной подавленъ, угнетенъ, тоскуетъ, жалуется на свою судьбу, плачетъ, стонетъ, выглядитъ угрюмымъ, плохо ѣстъ, малоподвиженъ, блѣденъ; на другой день состояніе его измѣняется рѣзко; онъ оживленъ, охотно разговариваетъ, даже бываетъ веселъ, ни на что не жалуется, подвиженъ, суетливъ; выраженіе лица у него оживляется, цвѣтъ лица становится лучше. Затѣмъ, снова, на слѣдующій день обнаруживается подавленное состояніе, за которымъ слѣдуетъ день возбужденія и т. д., и т. д. Такой циркулярный синдромъ развивается при прогрессивномъ параличѣ то въ началѣ болѣзни, то онъ обнаруживается уже послѣ того, какъ данное страданіе достигло извѣстной глубины и послѣ того, какъ появились уже ясные физическіе симптомы прогрессивнаго паралича. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ вы имѣете только-что представленное циркулярное теченіе, нельзя говорить о циркулярномъ психозѣ уже потому, что такая смѣна однодневныхъ меланхолическихъ и маніакальныхъ состояній совсѣмъ несвойственна круговому психозу, гдѣ продолжительность періодовъ депрессіи и возбужденія въ общемъ не менѣе недѣли или двухъ.

Далѣе, циркулярное теченіе является одною изъ многихъ формъ первичнаго юношескаго слабоумія, и оно выражается здѣсь въ томъ, что у больного, начиная съ извѣстнаго времени, въ общемъ въ возрастѣ лѣтъ около 20, происходитъ смѣна подавленнаго состоянія и возбужденнаго. Періодъ угнетенія,

иногда слабо выраженный, длится нѣсколько мѣсяцевъ, не представляя опредѣленныхъ границъ; за меланхолической фазой наступаетъ маніакальная, затѣмъ опять меланхолическая и т. д. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ депрессивный періодъ выраженъ рѣзко, сопровождается заторможеніемъ, бредовыми идеями, галлюцинаціями. Обыкновенно уже во время перваго маніакальнаго приступа сказывается умственная слабость, недомысліе, безтолковое резонерство, при чемъ поведеніе больного въ это время отличается отъ поведенія циркулярнаго маніака и отъ поведенія индивидуума, страдающаго рецидивирующей маніей. Больной, несмотря на возбужденное состояніе, не проявляетъ остроумія, свойственнаго маніакамъ, не наблюдателенъ; излюбленными темами его резонерства служатъ различные вопросы отвлеченнаго содержанія. Приходя въ столкновеніе съ окружающими, онъ оказывается значительно простоватѣе, чѣмъ настоящій маніакъ; попадаетъ въ различныя исторіи, играя при этомъ такую роль, которую тотъ не принялъ бы на себя; тотъ держится горделиво, высокаго мнѣнія о себѣ, этотъ же просто возбужденъ. У многихъ больныхъ, страдающихъ первичнымъ юношескимъ слабоуміемъ съ циркулярнымъ теченіемъ, во время періода маніакальнаго состоянія, протекающаго сначала въ формѣ экзальтаціи, происходитъ рѣзкое измѣненіе; это послѣднее состоитъ въ томъ, что у больного разстраивается сознаніе, появляются безсвязныя и многочисленныя бредовыя идеи; можетъ-быть, присоединяются еще иллюзіи и галлюцинаціи; иногда въ это время состояніе возбужденія вовсе не нарастаетъ; больной можетъ лежать въ постели спокойно сравнительно, не обнаруживаетъ большой подвижности; при разговорѣ же съ нимъ онъ поражаютъ своею безтолковостью, безсвязностью рѣчи, абсурдностью и неожиданностью своихъ сужденій и заключеній; поговоривши съ такимъ больнымъ, вы не можете передать того, что вы слышали отъ больного, ибо рѣчь его такъ нелогична и такъ нелѣпа, что нѣтъ возможности воспроизвести то, что наговорилъ больной. Иногда въ теченіе маніакальнаго состоянія, выражающагося въ видѣ экзальтаціи, у

больныхъ развивается постепенно нарастающее возбужденіе, достигающее сильной степени; послѣ этого уже сказывается ослабленіе умственныхъ способностей. Въ тѣхъ формахъ первичнаго юношескаго слабоумія, о которыхъ сейчасъ идетъ рѣчь, циркулярное теченіе рѣзче выражено лишь въ началѣ болѣзни; затѣмъ оно постепенно уже сглаживается и остается умственная слабость, протекающая съ обостреніями. Что касается собственно дифференціальной діагностики между циркулярнымъ психозомъ и циркулярнымъ теченіемъ при первичномъ юношескомъ слабоуміи, то надо замѣтить, что правильное распознаваніе во время перваго меланхолическаго періода весьма затруднительно, а иногда даже и прямо невозможно; дѣйствительно, нѣкоторые изъ больныхъ, страдающихъ, какъ оказывается впослѣдствіи, первичнымъ слабоуміемъ, въ началѣ душевнаго разстройства, особенно въ теченіе депрессивной фазы, принимаются за циркулярныхъ больныхъ, такъ какъ эта фаза въ томъ и въ другомъ случаѣ имѣетъ весьма большое сходство. Въ періодѣ возбужденія точная діагностика уже скоро облегчается; напр., если маніакальная экзальтація выражается у больного въ томъ еще, что онъ стремится заниматься чтеніемъ серьезныхъ и отвлеченныхъ книгъ, берется за нихъ, мало усвоивая содержаніе ихъ, резонируетъ по поводу прочитаннаго, если его интересуютъ въ это время недоступные ему вопросы объ истинѣ, правдѣ и т. п., то у васъ должна являться мысль о томъ, не начинается ли у больного распадъ умственныхъ способностей; циркулярный маніакъ или же индивидуумъ съ рецидивирующей маніей интересуется во время возбужденнаго состоянія больше всего мелкими житейскими дѣлами; все отвлеченное мало привлекаетъ его вниманіе, когда онъ находится въ такомъ состояніи. Какъ показываетъ наблюденіе, многіе больные, страдающіе и другими формами первичнаго юношескаго слабоумія, при начинающемся распадѣ ихъ психической личности, часто стремятся, если не читать, то имѣть около себя книги, не соотвѣтствующія ихъ развитію. Нѣтъ ли какихъ-либо признаковъ, дающихъ возможность поставить пра-

вильную діагностику и въ первомъ меланхолическомъ періодѣ? Надежныхъ признаковъ въ самомъ проявленіи болѣзни можетъ и не быть; но нѣкоторыя косвенныя соображенія оказываютъ иногда услугу; напр., если больной всегда былъ человѣкомъ недалекимъ, если онъ плохо учился, то это должно наводить на мысль о томъ, не начинается ли у него первичное юношеское слабоуміе. Точно такъ же слѣдуетъ обращать вниманіе и на физическое развитіе въ раннемъ дѣтствѣ; если вамъ сообщатъ, что больной началъ поздно ходить и говорить, то и данные факты должны служить лишнимъ поводомъ къ предположенію о томъ, что предъ вами случай первичнаго юношескаго слабоумія. Впрочемъ, нужно оговориться, что приведенныя соображенія имѣютъ лишь относительное значеніе, но не абсолютное.

Циркулярное теченіе можетъ наблюдаться также и при *артеріосклеротическомъ слабоуміи;* въ этихъ случаяхъ, обыкновенно послѣ инсульта, у больного происходитъ смѣна „хорошихъ“ и „дурныхъ“ дней; одинъ день онъ оживленъ, чувствуетъ себя хорошо, можетъ заниматься дѣломъ, радужно смотритъ на свое будущее здоровье; на другой день онъ тоскуетъ, волнуется, тревожится, мрачно настроенъ, не видитъ въ своей жизни ничего хорошаго, иногда доходитъ до отчаянія, и ему приходятъ въ голову мысли о самоубійствѣ. Затѣмъ, снова является „хорошій“ день, послѣ него „дурной“ день и т. д. Иногда такая смѣна состояній выражена весьма рѣзко; она можетъ длиться нѣкоторое время, то нѣсколько недѣль, то мѣсяцы. Съ теченіемъ времени эти колебанія сглаживаются, болѣзнь идетъ ровнѣе; иногда въ болѣе отчетливой формѣ выступаютъ на первый планъ симптомы упадка умственной дѣятельности: ослабленіе памяти, затрудненіе соображенія, вялость мышленія, неспособность заниматься дѣломъ. Конечно, когда существуютъ колебанія настроенія, особенно столь рѣзкія, то признаки паденія активныхъ душевныхъ способностей не такъ бросаются еще въ глаза. Циркулярное теченіе, о которомъ мы сейчасъ ведемъ рѣчь, обнаруживается чаще всего въ пожиломъ возрастѣ, въ возрастѣ 55—60 лѣтъ; одно это обстоятель-

ство, а также смѣна однодневныхъ маніакальныхъ и меланхолическихъ состояній, равно какъ и вся картина болѣзни, ясно показываютъ, что данное циркулярное теченіе не имѣетъ ничего общаго съ круговымъ психозомъ, какъ отдѣльною и самостоятельною болѣзнью. Подобное же циркулярное теченіе встрѣчается и при органическихъ энцефалопатіяхъ вообще, напр., связанныхъ съ фокуснымъ пораженіемъ головного мозга вслѣдствіе кровоизліянія или тромбоза; здѣсь надо предполагать, кромѣ очаговаго пораженія, существованіе разлитыхъ сосудистыхъ измѣненій.

Нужно обратить вниманіе еще и на то, что при рецидивирующемъ психозѣ одинъ изъ приступовъ болѣзни, развившійся въ пожиломъ возрастѣ, можетъ быть началомъ циркулярнаго теченія; напр., я знаю одну больную, у которой когда-то былъ какой-то приступъ душевнаго разстройства съ характеромъ возбужденія, будто бы, послѣ непріятностей; затѣмъ, у нея въ возрастѣ 55 лѣтъ начинается смѣна меланхолическихъ и маніакальныхъ состояній, рѣзко выраженныхъ, продолжительностью приблизительно съ мѣсяцъ; свѣтлыхъ промежутковъ у нея нѣтъ; такая циркулярная картина у нея, судя по сообщеннымъ свѣдѣніямъ, существуетъ уже года 3, если не больше. Едва ли можно говорить здѣсь о циркулярномъ психозѣ, который обыкновенно начинается въ молодомъ возрастѣ, часто даже въ юношескомъ, рѣже въ среднемъ. Мы склонны давать этому случаю такое толкованіе: больная страдала рецидивирующимъ психозомъ; такъ какъ одинъ изъ приступовъ его обнаружился въ пожиломъ возрастѣ, то надо полагать, что существованіе артеріосклероза въ области головного мозга, на что были нѣкоторыя указанія косвеннаго характера со стороны сердца, осталось не безъ вліянія на измѣненіе клиническихъ проявленій болѣзни.

Если, съ одной стороны, мы видимъ, что подъ вліяніемъ церебральнаго артеріосклероза приступъ рецидивирующаго психоза можетъ принять циркулярное теченіе, то, съ другой стороны, при несомнѣнномъ круговомъ психозѣ можетъ рѣзко из-

мѣниться внѣшнее проявленіе одного изъ періодовъ, напр., маніакальнаго, который разовьется въ пожиломъ возрастѣ, гдѣ артеріосклеротическія пораженія имѣютъ такое важное значеніе. Напр., я припоминаю одну больную, которая страдала циркулярнымъ психозомъ, при чемъ обѣ фазы не достигали у нея большого напряженія; у нея бывали въ теченіе жизни легкія подавленныя состоянія и такія же возбужденныя; когда же пришелъ пожилой возрастъ, когда у нея случился здѣсь маніакальный приступъ, то этотъ послѣдній не походилъ по своимъ проявленіямъ на прежніе; у больной обнаружилась пестрая картина, и въ маніакальный фонъ вплетались различные новые симптомы; больная капризничала, то начинала сильно волноваться, то снова на время успокоивалась; она стала высказывать различныя бредовыя идеи, отрывочныя, противоположныя Ея состояніе продолжало ухудшаться: появилось разстройство сознанія; повидимому, были галлюцинаціи; рѣчь больной стала безсвязной; она разговаривала сама съ собой, сердилась на нѣкоторыхъ изъ окружающихъ, часто отвертывалась, иногда закрывалась. Эта картина указывала уже на начинающійся распадъ психической личности и на ослабленіе умственныхъ способностей.

Мы хотѣли бы остановиться еще на дифференціальной діагностикѣ между циркулярнымъ психозомъ съ истероидными явленіями и истеріей съ циркулярнымъ теченіемъ. Какъ было указано выше, въ маніакальномъ періодѣ кругового психоза больной можетъ обнаруживать рѣзкіе истероидные симптомы: припадочныя состоянія, обмороки; онъ можетъ жаловаться на частыя сжиманія въ горлѣ, рыдать истерически. Такой истероидный синдромъ чаще всего наблюдается у женщинъ. Въ меланхолическомъ періодѣ истероидные признаки стихаютъ. Для насъ нѣтъ ничего удивительнаго въ томъ, что данный синдромъ сопровождаетъ циркулярный психозъ; послѣдній въ этихъ случаяхъ является основнымъ страданіемъ. При истерической нервно-психической организаціи нерѣдко отмѣчаются колебанія настроенія, указывающія на извѣстную циркулярность; понятно

само собою, что здѣсь центръ тяжести лежитъ въ истеріи; на замѣтить, что при истеріи смѣна противоположныхъ настроен не носитъ такого рокового характера и выражена не та рѣзко, какъ при циркулярномъ психозѣ; при истеріи она з виситъ часто отъ случайныхъ внѣшнихъ условій и, такъ ск зать, экзогеннаго происхожденія, при чемъ истерическія чер вы можете замѣтить всегда, при любомъ настроеніи больно Разспрашивая о характерѣ больныхъ въ томъ и другомъ сл чаѣ, вы убѣдитесь, что при истеріи своеобразныя особенно существуютъ съ дѣтства или, во всякомъ случаѣ, появили рано; при циркулярномъ же психозѣ истерической конститу вы можете вовсе и не констатировать.

Отмѣтимъ кстати и то обстоятельство, что циркулярн теченіе свойственно и нѣкоторымъ резонирующимъ состояніям конечно, въ этихъ случаяхъ, которые, повидимому, чаще б ваютъ у мужчинъ, приходится ставить дифференціальное ра познаваніе между циркулярнымъ психозомъ и циркулярным теченіемъ при резонирующей психикѣ, нерѣдко съ параної яльнымъ и сутяжническимъ оттѣнкомъ; основанія для діагн стики здѣсь вполнѣ аналогичны съ тѣмъ, чѣмъ приходитс руководствоваться при истероидномъ синдромѣ. Впрочемъ, слѣ дуетъ добавить, что какъ тамъ, такъ и здѣсь на почвѣ приро жденной нервно-психической организаціи, на почвѣ истериче ской конституціи и на почвѣ патологическаго резонерств можетъ быть, конечно, и настоящій циркулярный психозъ.

Позволяемъ себѣ остановиться вкратцѣ и на отношеніи кру гового психоза къ такъ называемой „циркулярной нейрастеніи" къ этой послѣдней относятся легкія формы циркулярнаго ду шевнаго разстройства; у нѣкоторыхъ лицъ, иногда занимаю щихся отвѣтственными дѣлами, наблюдается смѣна настроеній замѣтная больше всего, конечно, для того, у кого она проис ходитъ, нежели для окружающихъ. особенно если они не на блюдательны; такой индивидуумъ продолжаетъ заниматься дѣ ломъ, только въ періоды подавленности у него падаетъ энергія которая поднимается въ фазѣ оживленія и хорошаго самочув

ствія. Здѣсь нельзя говорить о психозѣ въ тѣсномъ смыслѣ этого слова; удобнѣе всего, думается намъ, обозначать эти случаи терминомъ „циркулярная психопатія“ или „циркулярный характеръ“; едва ли здѣсь имѣемъ то, что называется „нейрастеніей“, потому что въ этихъ случаяхъ нѣтъ раздражительной слабости нервной системы, а есть циркулярность въ настроеніи.

Переходимъ теперь къ предсказанію при круговомъ психозѣ. Наблюденіе показываетъ, что эта болѣзнь относится въ большинствѣ случаевъ къ затяжнымъ душевнымъ страданіямъ, такъ что прогностика здѣсь не очень благопріятная. Болѣзнь обнаруживается чаще всего въ молодомъ возрастѣ и, разъ начавшись, можетъ существовать въ теченіе всей жизни даннаго индивидуума; правда, иногда она даетъ свѣтлые промежутки; но эти послѣдніе въ общемъ непродолжительны и имѣютъ еще наклонность сокращаться въ дальнѣйшемъ; утѣшеніемъ для самихъ больныхъ, а также и для окружающихъ, можетъ служить то обстоятельство, что нерѣдко депрессивная фаза выражена сравнительно слабо и длится иногда не одинъ годъ; въ этомъ періодѣ больной можетъ часто заниматься какимъ-нибудь дѣломъ, и многіе изъ окружающихъ считаютъ его здоровымъ. Далѣе, благопріятнымъ симптомомъ является и то обстоятельство, что при циркулярномъ психозѣ обыкновенно не развивается слабоуміе; иногда круговымъ психозомъ больной страдаетъ много лѣтъ, десятки лѣтъ, а паденія умственныхъ способностей не происходитъ; правда, надо замѣтить, что въ то время, когда у него существуютъ временно рѣзко выраженныя болѣзненныя состоянія, онъ не способенъ пріобрѣтать дальнѣйшія свѣдѣнія, не способенъ въ это время къ развитію, и это можетъ вызывать суженіе умственнаго кругозора, такъ какъ болѣзнь отнимаетъ у больного много времени. О томъ, что въ пожиломъ возрастѣ, въ зависимости отъ церебральнаго артеріосклероза, наблюдается рѣзкое ухудшеніе въ проявленіи болѣзни, объ этомъ мы говорили нѣсколько выше. Бываютъ ли случаи выздоровленія отъ истиннаго циркулярнаго психоза? Если такіе случаи и встрѣчаются, то они рѣдки; кромѣ того,

всегда возникаетъ мысль о томъ, не было ли здѣсь циркулярнаго теченія. Это послѣднее, какъ мы видѣли выше, наблюдается въ качествѣ временнаго синдрома при различныхъ хроническихъ душевныхъ болѣзняхъ, какъ-то при прогрессивномъ параличѣ, при первичномъ юношескомъ слабоуміи, при артеріосклеротическомъ слабоуміи, при органическихъ страданіяхъ головного мозга вообще. Мы допускаемъ такую возможность, что въ рѣдкихъ случаяхъ приступъ остраго душевнаго разстройства выражается въ циркулярной формѣ, такъ что и здѣсь можно говорить о своеобразномъ циркулярномъ теченіи; въ этихъ случаяхъ фазы меланхолическая и маніакальная должны быть сравнительно коротки,—съ недѣлю, полторы, двѣ. Встрѣчаются такіе случаи, которые не укладываются въ наши рамки, которые не подходятъ подъ наши представленія о круговомъ психозѣ и о циркулярномъ теченія. Напр., я знаю одинъ случай, гдѣ у больной была смѣна бурныхъ маніакальныхъ періодовъ и слабѣе выраженныхъ депрессивныхъ состояній; такъ шло съ 10 до 20 лѣтъ приблизительно; одна изъ послѣднихъ меланхолическихъ фазъ затянулась, была выражена рѣзче, обостреніе дошло одно время до затуманенія сознанія съ бредовыми идеями; выйдя изъ этого состоянія, больная считается окружающими здоровой; она спокойна, занимается домашнимъ дѣломъ; она мало развита, вообще, такъ какъ по болѣзни не могла много учиться, нѣсколько наивна; но опредѣленнаго слабоумія у нея нѣтъ; за послѣдніе годы она находится въ такомъ состояніи, которое для нея надо считать, пожалуй, здоровымъ.

Въ заключеніе намъ хотѣлось бы остановиться въ самыхъ общихъ чертахъ на разсмотрѣніи того, какъ ухаживать за больными, страдающими циркулярнымъ психозомъ, и въ чемъ должно заключаться ихъ лѣченіе. Все это зависитъ отъ того, въ какомъ состояніи находится больной. Если онъ находится въ меланхолическомъ періодѣ, то съ нимъ нужно обращаться такъ же, какъ со всякимъ меланхоликомъ; онъ нуждается въ это время въ поддержаніи его энергіи, въ ободряющихъ и ласковыхъ словахъ утѣшенія; ему нуженъ покой, ему могутъ

быть вредны усиленныя развлеченія, которыя будутъ его утомлять. Мы позволяемъ себѣ указать на то, что въ этихъ случаяхъ вполнѣ примѣнимъ тотъ уходъ и то лѣченіе, о которомъ мы говорили въ первой части „Семіотики и діагностики“ по поводу рецидивирующей меланхоліи. Если въ меланхолической фазѣ у больного наблюдается синдромъ меланхолической ступидности, то уходъ за больными приближается къ уходу за больными, страдающими меланхолической аменціей.

Въ то время, когда больной перешелъ въ маніакальное состояніе, уходъ за нимъ и лѣченіе его должны быть такіе же, какъ за маніаками вообще; мы не будемъ здѣсь останавливаться на этомъ, какъ такъ все это изложено въ той же первой части нашей „Семіотики и діагностики“.

Нужно помнить одно обстоятельство, имѣющее важное практическое значеніе: именно, лица, страдающія циркулярнымъ психозомъ, находясь въ меланхолическомъ состояніи, легко впадаютъ въ отчаяніе и кончаютъ свою жизнь самоубійствомъ. Поэтому, нужно обращать вниманіе родныхъ и окружающихъ на угрожающую иногда больному опасность съ этой стороны; если эта опасность существуетъ, то за больнымъ нуженъ особенный надзоръ и наблюденіе, что̀ въ домашней обстановкѣ провести труднѣе и чего легче достигнуть въ спеціальномъ заведеніи.



ОГЛАВЛЕНІЕ.

ГЛАВА ПЕРВАЯ. **Корсаковскій психозъ.** Опредѣленіе болѣзни (3). Клиническая картина (4—7). Легкіе случаи (7—8); тяжелые случаи (8—9). Физическіе признаки (9—10).

ГЛАВА ВТОРАЯ. Полиневритическій психозъ алкогольнаго происхожденія (11—16), въ связи съ тифозною горячкой (16—18), въ зависимости отъ желтухи (18—19), септикопіэміи (19—20).

ГЛАВА ТРЕТЬЯ. Теченіе болѣзни и симптоматологія въ легкихъ случаяхъ (21—25), типическихъ (25—33), тяжелыхъ (33—35).

ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ. Старческая или артеріосклеротическая форма Корсаковскаго психоза (36—38); случаи Корсаковскаго психоза съ паранойяльнымъ синдромомъ (38—44), съ размягченіемъ въ области различныхъ отдѣловъ головного мозга (45—46), въ сочетаніи съ душевнымъ разстройствомъ другого рода (46).

ГЛАВА ПЯТАЯ. Дифференціальная діагностика между Корсаковскимъ психозомъ и аменціей Мейнерта (47—50), бѣлой горячкой (51—53).

ГЛАВА ШЕСТАЯ. Дифференціальная діагностика между Корсаковскимъ психозомъ и алкогольными амнезіями (54—56), старческимъ слабоуміемъ (56—59), артеріосклеротическимъ слабоуміемъ (59—61), мозговой опухолью (61—63).

ГЛАВА СЕДЬМАЯ. Дифференціальная діагностика между Корсаковскимъ психозомъ и lues cerebri (64—67), органической энцефалопатіей (67—70), травматическимъ психозомъ (70—73), прогрессивнымъ параличемъ (73—76), истерическими и психогенными амнезіями (76—78).

ГЛАВА ВОСЬМАЯ. Прогностика при Корсаковскомъ психозѣ: въ легкихъ случаяхъ (79), типическихъ (80—82), тяжелыхъ (82). Возможность лѣченія нѣкоторыхъ больныхъ, страдающихъ Корсаковскимъ психозомъ, въ общихъ больницахъ (83—84). Уходъ за больными въ тяжелыхъ случаяхъ (84—87). Фармацевтическія средства (87—89). Объ уходѣ за больными при появленіи признаковъ церебральнаго размягченія (89—90).

ГЛАВА ДЕВЯТАЯ. **Навязчивыя психическія состоянія** (91). Навязчивыя идеи (92—94), представленія (94); навязчивые страхи (94—104), стремленія (105), движенія (106); приступы интенсивныхъ навязчивыхъ мыслей (107). Галлюцинаторная и иллюзорная форма (107—108).

ГЛАВА ДЕСЯТАЯ. Тревожно-мнительный характеръ (109—114); psychopathia ideo-obsessiva (115—117); psychosis ideo-obsessiva (117—122). Синдромъ навязчивыхъ задержекъ (122—124).

ГЛАВА ОДИННАДЦАТАЯ. Физическіе признаки (125—127). Особенности анамнеза (127); туберкулезъ (128), гомогенная наслѣдственность (128); дифференціальная діагностика (129—139); обращеніе съ больными и лѣченіе ихъ (139—144).

ГЛАВА ДВѢНАДЦАТАЯ. **Циркулярный психозъ.** Клиническая картина (145—153); особенности анамнеза (153—155); дифференціальная діагностика (155—160).

ГЛАВА ТРИНАДЦАТАЯ. Дифференціальная діагностика (продолженіе) (161—175). Предсказаніе (176—177). Общія основы ухода за больными (177—178).